FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1928-1929

THÈSE

N° 17

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 18 Avril 1929, à 18 heures

PAR

VANDAELE JEAN ALIDOR JOSEPH GÉRARD

Né le 7 Mars 1904, à Oxelaëre (Nord)

L'ULCÈRE JÉJUNAL POST-OPÉRATOIRE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. PIERRET.

Suffragants MM. SURMONT, DUHOT, SWYNGHEDAUW.

IMPRIMERIE J. MORDACQ, AIRE-SUR-LA-LYS

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1928-1929

THÈSE

N° 17

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le 18 Avril 1929, à 18 heures

PAR

VANDAELE JEAN ALIDOR JOSEPH GÉRARD

Né le 7 Mars 1904, à Oxelaëre (Nord)

L'ULCÈRE JÉJUNAL POST-OPÉRATOIRE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. PIERRET.

Suffragants MM. SURMONT, DUHOT, SWYNGHEDAUW.

IMPRIMERIE J. MORDACQ, AIRE-SUR-LA-LYS

1929

Université de Lille — Faculté de Médecine et de Pharmacie

Doyen: M. Ch. DUBOIS (I. ✠). — Assesseur: M GÉRARD E. (✻, I. ✠).

Clinique médicale	MM. CARRIÈRE (✻, I. ✠),	professeur
id.	COMBEMALE (O. ✻, I. ✠ M),	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (O. ✻, ❁, I. ✠),	id.
id.	LAMBRET (C. ✻, I. ✠),	id.
Clinique de mal. cutanées et syp.	CHARMEIL (✻, I. ✠),	id.
Clinique obstéricale	BUÉ (✻, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✻, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✻, ❁, I. ✠),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. génér.	CURTIS (✻, I. ✠),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ✠),	id.
Anatomie	GÉRARD G. (I. ✠, ✠),	id.
Histologie	DEBEYRE (O. ✻, ❁, A. ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✻, I. ✠),	id.
Chimie organique	POLONOVSKI (✻, A. ✠),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✻, I. ✠, ❁, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD E. (✻, I. ✠),	id.
Zoologie médic. et pharmaceutique.	DESOIL (✻, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LE FORT (C. ✻, ❁, I. ✠, O ✠),	id.
Clinique psychiâtrique	RAVIART (✻, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile	MINET (I. ✠),	id.
Thérapeutique	INGELRANS (I. ✠),	id.
Médecine opératoire	VANVERTS (✻, I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ✠),	id.
Médecine legale et Médecine sociale.	LECLERCQ (✻, ❁, I. ✠),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. BÉDART (O. ✻, I. ✠, MORVILLEZ (A. ✠).

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique	MM. GÉRARD G. (I. ✠, ✠),	professeur
Clinique des mal. du syst. nerv.	INGELRANS (I. ✠),	id.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE M. (O. ✻, ❁, I. ✠),	id.
Crénothérapie et Climatothérapie	DUHOT (I. ✠),	id.
Chimie analytique	POLONOVSKI (✻, A. ✠),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (A. ✠),	id.
Parasitologie	LAVIER (❁),	id.
Déontologie	BERTIN (✻, I. ✠),	id.
Physique médicale	FABRE,	id.

Doyens honoraires :

MM. DE LAPERSONNE (O. ✻, I. ✠), COMBEMALE (O. ✻, I. ✠, ff).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✻, I. ✠), CALMETTE (C. ❁) LESCŒUR (I. ✠), BAUDRY (✻ I. ✠, ✠), DUBAR (O. ✻, I. ✠), VERDUN (✻ I, DEBIERRE (✻, I. ✠), DOUMER (✻, I. ✠), CURTIS (✻, I. ✠),

Agrégés en en exercice :

MM. DUHOT (I. ✠), GÉRARD M. (❁, ✻, I. ✠), COMBEMALE P., CORDIER, DOUMER Ed. (❁, A. ✠), P. DELANNOY (A. ✠), PAQUET (❁, I. ✠ BERTIN (✻), LEGRAND (❁, ✠, A. ✠), SWYNGHEDAUW (I. ✠, ❁), LAVIER (❁).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 Février 1878).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

L'ULCÈRE JÉJUNAL POST-OPÉRATOIRE APRÈS GASTRO-ENTÉROSTOMIE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Dont la vie me servira d'exemple.

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES, SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MON MEILLEUR AMI,
LE DOCTEUR AUGUSTIN VANDAELE

A MES MAITRES
DES ECOLES SAINT-JACQUES ET JEANNE D'ARC

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR VOUTERS

A M. LE PROFESSEUR RIEUX

A M. LE DOCTEUR A. BERNARD
Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PIERRET,
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pour le grand honneur qu'il nous fait
d'accepter la présidence de cette thèse.

AUX MEMBRES DU JURY

INTRODUCTION

La gastro-entérostomie a éte accusée depuis très longtemps de nombreux méfaits ; aussi avant d'aborder l'étude de l'ulcère peptique jéjunal post-opératoire, convient-il de passer rapidement en revue les principaux échecs de cette intervention.

Lainé, Larjet et Oberthier, dans leurs thèses respectives, rapportent les Opinions de divers chirurgiens et sont d'accord pour reconnaître comme premier échec, l'absence totale de guérison de l'ulcère : il est des cas en effet où l'intervention pratiquée n'a apporté aucune amélioration au processus ulcéreux : l'ulcère, loin de se cicatriser comme où était en droit de s'y attendre, continue à évoluer et peut présenter toutes les complications d'un ulcère non opéré ; Cuny, (thèse de Strasbourg 1927) et Legrand Guerry *(Surgery, Gynécology and obstetrics,* Novembre 1922) présentent plusieurs observations où, au cours d'une seconde intervention, on a retrouvé l'ulcère dans le même état que lors de l'opération primitive ; il semble également que parfois la gastro-entérostomie ait donné un coup de fouet au processus ulcéreux et on assiste alors à une série de complications dont les plus redoutables

sont les perforations et les hémorragies : heureusement ce sont des accidents plutôt rares, voire exceptionnels.

Avec la même rareté, la cancérisation secondaire de l'ulcus duodénal se rencontre après la gastro-entérostomie et Delore croit pouvoir affirmer qu'elle « ne saurait entrer en ligne de compte pour éliminer la gastro-entérostomie de la thérapeutique des ulcères duodénaux vrais, nettement séparés du pylore ».

A titre de mémoire, signalons l'invagination rétrograde de l'anse efférente dans l'estomac, par l'orifice de gastro-entérostomie, sur une longueur parfois considérable.

Quant au retrécissement secondaire des bouches de gastro-entérostomie, il semble bien dû à l'évolution d'un « processus cicatriciel à tendance rétractile », à tel point qu'il est parfois impossible de faire passer par la bouche une plume d'oie ; l'anastomose au bouton de Murphy en est une cause favorisante à cause de l'étroitesse de l'orifice et du sphacèle créé par l'écrasement des tuniques gastriques et intestinales. Nous arrivons ainsi à un genre de complication beaucoup plus fréquente, à la récidive post-opératoire et à la formation d'ulcères peptiques gastro-jéjunaux et jéjunaux ; il nous a été donné de rencontrer avec le Docteur Bernard (nous tenons à lui affirmer ici toute notre reconnaissance pour l'aide très précieuse qu'il nous a apportée) quatre malades souffrant d'ulcère peptique post-opératoire et c'est à l'occasion de ces observations que nous nous sommes proposé de passer en revue l'étude de cette affection, actuellement à l'ordre du jour ; dans ce court essai de

mise au point, nous nous efforcerons de mettre en lumière les avis très autorisés des maîtres de la clinique et de la chirurgie contemporaines.

APERÇU HISTORIQUE

C'est d'Allemagne que nous parvint la notion d'ulcère peptique du jéjunum, lésion alors inconnue et dont le premier cas (1) observé fut publié par Braun en 1899 dans le *Verhandlung der deutsche Geselleschrift für Chirurgie* : il s'agisait d'une femme de 25 ans qui, onze mois après une gastro-entérostomie, fit brusquement une rechute avec douleur en coup de poignard au creux épigastrique ; quarante huit heures après elle mourait de péritonite : à l'autopsie, ou découvrit un ulcère peptique du jéjunum perforé en péritoine libre.

D'autres chirurgiens allemands, Korte et Steinthal en particulier, rapportèrent des cas d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie, au congrès de chirurgie de Berlin en 1900.

En France, contrairement à l'opinion courante ce ne fut pas Gosset qui publia le premier cas, mais Quénu en 1902 dans le *Bulletin de la société de chirurgie de Paris* (p. 250) : il s'agissait d'un ulcère peptique

(1) Berg en 1897 aurait eu la primeur de ces publications; malheureusement nous n'avons pu trouver la référence exacte.

de l'anse jéjunale anastomosée, survenu quatre ans après une gastro-entérostomie faite pour sténose cicatricielle du pylore. En 1903 Kieffer groupa 12 cas dans sa thèse les envisageant comme complications directes de la gastro-entérostomie. En Allemagne encore, en 1904, Tiegel, un élève de Mikulicz, fit paraître le premier travail important sur cette question, s'appuyant sur l'étude de 22 cas. La même année Mayo-Robson, en Angleterre, publiait le premier cas rencontré en ce pays.

En 1906, Gosset publia dans la *Revue de Chirurgie* une étude très documentée sur cette question, étant parvenue à réunir 31 cas.

Depuis lors, les observations d'ulcère peptique du jéjunum affluèrent : Braun, Mikulicz, Eiselsberg, Monprofit, Rotgans, Lion et Moreau, Vacher, Denoual, Gaillard, Delore et Convert avant guerre ; Gelas, Delore et Creyssel, Gutmann et Jahiel, Pauchet, Leriche après guerre ; tout dernièrement au congrès de chirurgie 1928 à Paris, Lagoutte et Okinczyc, chacun de son côté, remirent la question en jeu ; évidemment pendant ce temps, les auteurs étrangers ne chômaient pas : presque toutes les nations européennes participèrent à l'étude de cette vaste question : il serait trop long d'énumérer ici toutes les publications relatives à ce sujet, mais qu'il nous soit permis de mentionner les travaux de Denk sur 300 cas en 1921, le rapport de Sokolow au XVII[e] Congrès russe en Mai 1925 sur 126 cas rencontrés uniquement en Russie et surtout le beau travail de

Urrutia, en Espagne, qui est une admirable mise au point de la question.

Pour nous, grâce à la bienveillance du Dr Bernard, il nous a été donné de rencontrer quatre cas d'ulcère peptique jéjunal post-opératoire ; ces récidives survinrent chez des hommes opérés antérieurement de gastro-entérostomie pour ulcère du pylore : Parmi les trois premiers, après une nouvelle intervention, un seul mourut quelques heures après, de shock opératoire ; les deux autres guérirent parfaitement et, si l'un d'eux souffre encore par intermittence c'est surtout parce qu'il lui manque la volonté d'observer strictement les prescriptions de son médecin. Quant au quatrième, malgré de pressants conseils, il s'obstina à se contenter du traitement médical jusqu'au jour où se déclara une fistule jéjuno-colique ; il se refusa longtemps à toute intervention chirurgicale et, quand il voulut bien s'y résoudre, il était trop tard ; il mourut de ce fait.

Le point de départ de cette étude réside donc dans l'observation de ces cas, associés à ceux parus en France depuis la guerre ; au cours de ce travail nous aurons surtout l'occasion d'insister sur l'étiologie et le traitement préventif de l'ulcus secondaire : quelle est en effet la cause qui n'a pas été invoquée en faveur de la formation de cet ulcus ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ulcère peptique du jéjunum est en général unique, bien que nous ayons trouvé plusieurs observations d'ulcus multiples : dans ces cas, le jéjunum n'accapare pas toutes les lésions et laisse leur part au duodénum et surtout à la petite courbure qui sont le siège d'ulcères de nature absolument identique, à moins que les deux branches, afférente et efférente, en aient l'exclusive, comme c'est le cas dans l'observation rapportée par Steinthal en 1900 (Kongresslericht-Berlin) : « à plusieurs centimètres de l'anastomose, se trouvaient deux pertes de substance taillées comme à l'emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de 0 f. 50 et dans l'anse efférente. Dans l'anse afférente deux autres pertes de substance de même grandeur, prêtes à se perforer et situées à quelques centimètres au dessus de l'anastomose. » Quoi qu'il en soit, on peut considérer comme très rare, voire même comme exceptionnel, le siège sur l'anse afférente et ceci s'explique assez aisément par ce fait que le chyme gastrique acide ne pénètre presque jamais dans cette anse, à moins de circulus viciosus, ou d'un retour de perméabilité du pylore et en ce dernier

cas l'acidité est neutralisée en grande partie par les secrétions duodénales..

Nous parlerons d'abord de l'aspect de l'ulcère peptique, sur le vivant, c'est-à-dire au moment de l'intervention : en général quand on ouvre l'abdomen, on tombe en péritoine libre ; assez rarement, il arrive qu'on se trouve de suite dans la cavité gastro-jéjunale : cette particularité est due à la présence d'adhérences qui unissent étroitement les organes voisins de l'ulcère à la paroi abdominale. La palpation fait souvent découvrir une induration au niveau du méso-côlon, induration noyée la plupart du temps dans une infiltration œdémateuse des tissus. Les adhérences et même la simple infiltration œdémateuse peuvent faire défaut, lorsque l'ulcère est récent et qu'on a posé de suite l'indication d'une intervention ; il peut en être de même à l'autopsie, en cas de perforation rapide et de mort quasi foudroyante. Il n'en reste pas moins vrai qu'en règle générale, à l'autopsie comme sur la table d'opération, on constate les lésions sous le même aspect : l'ulcère de formation récente a des bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce, selon l'expression unanime ; ces bords ne sont pas encore tuméfiés. L'ulcération peut n'intéresser qu'une ou deux tuniques intestinales, mais le fait est assez rare : le plus souvent la séreuse elle-aussi est en partie détruite : la perforation est alors imminente.

Vu par la face péritinéale, l'ulcus a une forme arrondie, assez irrégulière, parfois elliptique ; les dimensions, en

sont excessivement variables, allant de celles d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 1 franc ; par ailleurs ces pertes de substance ne sont nullement en rapport avec l'étendue de l'ulcère vu par sa face interne ; du côté de la muqueuse en effet, on est frappé par l'identité presque absolue des lésions à l'ulcère de l'estomac ou du duodénum : « cavité en entonnoir », la musculeuse ayant perdu moins de substance que la muqueuse ; au fond, on aperçoit la séreuse, à moins qu'il n'y ait eu perforation, auquel cas apparait l'orifice plus ou moins grand qui y correspond ; il peut se faire aussi que la séreuse soit complètement détruite et que ce soit un autre organe qui, grâce à des adhérences, fasse tampon : la perforation qui n'est pas encore effective n'en est pas moins fatale, car le processus ulcéreux ne manquera pas d'attaqer une séreuse peu armée pour un tel combat.

A l'autopsie, tout comme sur la table d'opération si l'ulcère est déjà ancien, l'aspect de ses bords n'est plus le même : ceux-ci en effet s'hypertrophient, deviennent durs et même calleux et forment un véritable bourrelet : le processus ulcéreux est alors à marche traînante, et ses lésions se caractérisent essentiellement par leur chronicité. Il arrive même que l'épaississement, parfois considérable, joint à de multipes adhérences avec les organes voisins, donne au toucher la sensation d'une véritable tumeur.

Il est assez rare de constater la cicatrisation d'un ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie,

car la « maladie ulcéreuse » qui a causé le premier ulcère, puis l'ulcère secondaire, ne s'arrête pas en aussi bonne voie et provoque souvent la perforation de ce second ulcère par destruction totale de la paroi ; si cette destruction est lente, des adhérences ont pu se former et alors les organes voisins évitent les accidents de la perforation, « en faisant tampon ». Il est évident que cette fermeture de fortune ne résiste pas longtemps à l'assaut du processus ulcéreux et on assiste alors à la formation d'une double perforation, faisant communiquer le jéjunum avec l'estomac ou le côlon ou ce qui est exceptionnel à la formation d'une fistule externe ; dans les deux premiers cas, il se produit des fistules gastro-jéjuno-coliques, gastro-jéjunales et plus fréquemment jéjuno-coliques ; dans les observations que nous reproduisons et celles qui sont inédites, nous n'avons rencontré que cette dernière forme.

ETIOLOGIE

Ce serait en vain qu'on essaierait de se faire une opinion arrêtée de la pathogénie de l'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie, en énumérant les nombreuses théories émises à ce sujet ; aussi nous bornerons-nous à passer en revue toutes les causes susceptibles de provoquer l'ulcère secondaire, quitte à nous inspirer des publications contemporaines pour en tirer les conclusions nécessaires.

Il n'est venu à personne la pensée d'affirmer qu'il existait une cause certaine qui, à elle seule, puisse provoquer la récidive de l'ulcère : tous les auteurs sont d'accord en effet pour ne voir dans les nombreuses raisons invoquées que des adjuvants : chaque cause n'est considérée que comme la goutte d'eau, souvent indispensable, qui fait déborder le vase déjà plein.

Nous avons dit plus haut qu'on a accusé la gastro-entérostomie d'avoir créé une nouvelle maladie, à savoir l'ulcus peptique ; malgré celà, nous écartons d'une façon définitive cette cause de récidive que nous considérons uniquement comme une condition indispensable puisque nous ne nous occupons ici que de l'ulcus secondaire ;

aussi abordons de suite la discussion de la valeur de l'emploi d'un matériel de suture non résorbable.

Beaucoup d'auteurs en effet ont vu dans la non résorbtion d'un fil, une étiologie certaine : n'a-t-on pas trouvé en effet en intervenant pour ulcus peptique un bout de fil, au siège même de l'ulcère, alors que l'opération première avait eu lieu de longues années auparavant ? Les fils de lin ou de soie ne s'éliminent que petit à petit, mais quant à aller les accuser d'être une cause suffisante c'est, à notre avis, exagéré ; Urrutia qui, pendant plusieurs années, ne s'est servi que de catgut chromique ou tannique pour les deux sutures, a eu à déplorer au moins 4 récidives. Macdonald est dans le même cas et lui aussi s'est cantonné dans l'emploi exclusif du catgut.

Chez nous, Leplat, à la séance de la société des chirurgiens de Paris, le 6 juillet 1923, refuse de voir dans le matériel de suture non résorbable, une cause certaine ; Delore lui va même plus loin et ne veut pas croire à l'action nocive du fil non résorbable ; cependant par conscience professionnelle il n'emploie que le catgut, méthode qui ne le prive nullement de récidives ; Hartmann et Ricart accusent les points trop serrés de provoquer la formation d'escarres ; nous croyons que dans ce cas, on trouverait beaucoup plus d'ulcères secondaires et pourquoi d'ailleurs la persistance d'un fil de soie ou un point trop serré attendraient-ils si longtemps pour agir ? Ils auraient donc une action à retardement ?

« Tout au plus, dit Delore, admettrai-je que des

manœuvres brutales agissent comme causes prédisposantes ; l'usage des clamps en effet, de même que les tiraillements de toute nature, les hématomes dus à l'action des doigts, des pinces, des coups d'aiguille dans les vaisseaux, les érosions de la muqueuse ont été accusés de favoriser une récidive d'ulcère et la presque unanimité des auteurs se plaît à y voir une condition quasi indispensable : les traumatismes évidemment peuvent à la rigueur aider au développement d'un ulcère secondaire, mais en sont-ils plus la cause directe, indispensable qu'un traumatisme sur une articulation dans la formation d'une arthrite bacillaire ou d'un traumatisme sur le sein dans la formation d'un cancer ? Pourtant, dans ces deux derniers cas, cette cause est toujours invoquée ou peu s'en faut. D'ailleurs les traumatismes ne peuvent expliquer une récidive plusieurs mois après la gastro-entérostomie ; ce ne serait donc là qu'une cause à évoquer dans les cas précoces ; il en est de même des hématomes quasi inévitables : eux aussi ont été accusés de ces méfaits, mais actuellement très peu d'auteurs les citent dans l'étiologie de l'ulcère peptique.

Par contre, d'ardentes discussions ont eu lieu à propos des conséquences plus ou moins lointaines de la méthode opératoire employée : c'est à coups de statistiques que certains procédés ont été condamnés : la gastro-entérostomie antérieure en premier lieu ; Lagoutte et Cunéo se sont attaqués au procédé en Y : ils déplorent voir une portion du jéjunum échapper à l'action

du suc alcalin duodénal et éviter ainsi la neutralisation du suc gastrique essentiellement acide ; sans doute cette méthode mérite une partie de ces reproches, mais comme l'ont fait très judicieusement remarquer Delore et Creyssel, si l'on rencontre souvent des récidives avec ce procédé, c'est qu'il est plus communément employé ; cette lutte par statistiques ne prouve pas grand'chose sinon qu'il faut tenir compte de l'habileté du chirurgien, de la résistance du sujet et surtout qu'il n'y a pas des maladies, mais des malades : par conséquent on ne peut pas tabler sur ces données fatalement imparfaites, puisqu'elles sont souvent contradictoires, mais dont « la moyenne établit qu'avec n'importe quelle méthode, n'importe quel procédé, peu importe le siège de l'ulcus primitif (sauf pour l'ulcus de la petite courbure pour qui la récidive est plus rare) la proportion d'ulcération secondaire est la même » (Delore et Creyssel). Il ressort bien de ces affirmations qu'on aurait tort de lier une technique opératoire particulière à la production d'un ulcus peptique, qui n'est pas seulement une complication de la gastro-entérostomie mais de toute intervention gastrique. Chaque auteur préfère sa méthode et chaque chirurgien son procédé, aussi l'accord est-il difficile sinon impossible, mais il est une méthode que tous ou presque, sont d'avis d'abandonner et même de condamner, c'est l'exclusion du pylore.

Ce procédé opératoire détient le record des récidives d'ulcères et doit être considéré comme une cause émi-

nemment favorisante : Pauchet par une statistique personnelle établit que le fait d'exclure le pylore amène 5 °/₀ des fois un ulcère secondaire, alors que la gastro-entérostomie simple ne donne, à son avis, que 1,5 °/₀ ; il constate en plus que l'ulcus peptique est particulièrement fréquent après une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal avec exclusion du pylore ; il est vrai que dans ce cas, on ne peut trop accuser le procédé, car il y a toujours une hyperacidité assez forte et nous verrons plus loin que, si l'hyperacidité est une cause insuffisante à la production d'une récidive, elle n'est pas moins un facteur presque constant. Hütten de son côté critique violemment l'exclusion du pylore type Eiselberg, qu'il prétend être une des causes principales de l'ulcère peptique et, dit-il, « tous les facteurs nécessaires à la récidive sont réunis dans la méthode d'Eiselberg ».

Si aux inconvénients d'une méthode défectueuse on ajoute les conséquences fâcheuses d'une faute d'aseptie quelconque, l'échec est certain ; la plaie de gastro-entérostomie s'infecte et suppure ; la septicité des parois gastriques a pour effet direct de provoquer cette suppuration qui par la suite s'entretient d'elle-même ; Durval, Roux, Gatellier et Moutier l'ont bien montré dans le numéro 9 (1926) des *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* ; l'étude histologique des 17 ulcus secondaires a permis également à Chiari de conclure à leur nature septique ; évidemment il ne faudrait pas accuser le chirurgien du résultat peu brillant de son

opération ; le contenu stomacal peut très bien ne pas être aseptique et être le point de départ de cette infection, et, dit Urrutia « nous croyons trouver un puissant argument en faveur de cette opinion dans la très grande fréquence avec laquelle nous avons observé la présence de l'ulcus jéjunal chez nos opérés de perforation aiguë duodénale ou pylorique. Sur 12 cas guéris après suture et gastro-entérostomie, quatre ont du être réopérés pour ulcère du jéjunum ou de la bouche anastomotique, et deux autres ont présenté des symptômes indiscutables de nouvelle ulcération (douleurs tardives, acidités et hémorragies) ». La proportion est donc beaucoup plus forte après gastro-entérostomie pour perforation aiguë qu'après gastro-entérostomie simple et ceci prouve bien l'influence du milieu septique dans lequel on opère et il est hors de doute qu'une hypothèse aussi séduisante explique très facilement la fréquente apparition de l'ulcère peptique du jéjunum dans un milieu aussi suspect de septicité. On ne peut, certes, considérer cette cause certaine comme la seule pouvant amener sûrement et directement la formation d'un ulcère secondaire ni a fortiori appliquer cette explication à la totalité des ulcères peptiques jéjunaux, car elle est totalement inadmissible pour les cas tardifs comme il survint chez un malade d'Urrutia, « où les symptômes de la fistule jéjuno-côlique se présentèrent seize ans après qu'avait été pratiquée la gastro-entérostomie » : tout le monde, en effet, est de cet avis.

Les mêmes remarques peuvent être faites quant à l'influence d'une alimentation post-opératoire trop rapide : il ne vient à l'idée de personne d'accuser le manque de précautions de provoquer la récidive ulcéreuse cinq ou dix ans après la gastro-entérostomie, mais il est évident que si le malade ne veut pas se soumettre à une diète sévère les premiers jours, puis à un régime très prudent par la suite, une alimentation normale ne peut que surmener, dans son fonctionnement et sa restauration, le néo-pylore et brusquer l'éducation de l'anse jujénale dont le rôle n'est pas de recevoir directement le contenu gastrique acide, mais seulement de se laisser traverser par un chyme en grande partie neutralisé, grâce à la sécrétion duodénale ; par ailleurs, on se doute bien que la cicatrisation de la plaie opératoire ne peut s'effectuer en vingt-quatre heures, et surtout à cause des tiraillements inévitables dûs tant aux contractions de l'estomac qu'au passage plus ou moins violent du contenu gastrique ; ce contenu essentiellement acide, nous y reviendrons bientôt, n'est pas nécessairement aseptique, tant s'en faut ; les voies digestives supérieures peuvent très bien infecter les aliments, dont certains n'attendent pas toujours ce concours pour perdre leur intégrité : les dents en particulier, quand bien même elles seraient saines, gardent dans leurs interstices des parcelles d'aliments dont la septicité n'est pas douteuse, c'est pourquoi le médecin, dont le client se plaint de mauvaises digestions doit se garder de négliger l'examen détaillé de la bouche et, si celle-ci est en mauvais état, le premier

stade thérapeutique est de pourvoir à sa réfection, grâce aux soins d'un stomatologiste ; la malpropreté des ustensiles de cuisine, de table, celle des mains et plus particulièrement des ongles sont pour beaucoup dans le rôle néfaste que joue la septicité des aliments : qu'on se figure faire le pansement d'une plaie, bien qu'en tissu sain, avec des compresses sales, ou seulement passées à une lessive sommaire, et l'on aura une idée assez exacte de ce qui se produit au niveau de la suture de gastro-antérostomie : le danger d'infection est flagrant.

Le tabac par contre n'apporte en principe aucun germe d'infection, mais n'est pas moins acusé de provoquer une irritation de la muqueuse gastrique et, par là, de la muqueuse jéjunale : cette action irritative s'explique assez facilement chez les chiqueurs de tabac, car ceux-ci, bon gré mal gré, avalent toujours quelque peu de salive où le tabac a été longuement macéré ; chez les fumeurs, on peut aussi accepter cette hypothèse puisque la salive a baigné l'extrémité de la cigarette ou s'est mélangée à la nicotine par le tuyau de la pipe ; parmi les trois observations inédites que nous reproduisons plus loin, il en est une, celle de E... S... qui semble assez démonstrative à ce sujet ; nous avons affaire à un fumeur enragé que quarante cigarettes journalières n'effraient pas ; il est vrai que dans ce cas il s'agit aussi d'un éthylique avéré. Ceci nous amène à discuter de la valeur étiologique de cet autre facteur : l'alcoolisme.

Dans tout ulcère gastrique, on n'est pas sans constater des lésions de gastrite : celle-ci est-elle la con-

séquence ou la cause de l'ulcère ? A l'heure actuelle on tend de plus en plus à admettre l'antériorité de la gastrite et cette hypothèse semble confirmée par l'observation citée plus haut, où l'on voit le malade s'adonner aux boissons fortement alcoolisées, depuis de longues années ; le « petit verre » répété 2 ou 3 fois, ingéré à jeun tous les jours a beau jeu d'attaquer une muqueuse que rien ou presque rien ne protège : celle-ci s'irrite, s'enflamme et bientôt apparaissent les symptômes d'une gastrite bien affirmée, symptômes dont le principal et le plus indiscutable est la pituite matinale : notre malade n'échappait pas à cette règle ; si l'on admet alors cette relation de cause à effet dans le cas d'un ulcère primitif, à plus forte raison, quand il s'agit d'un ulcère secondaire pour les raisons énoncées plus haut : plaie de suture et sensibilité particulière de la muqueuse jéjunale ; mais, objectera-t-on l'opéré de gastro-entérostomie s'abstiendra de l'alcool qu'on a accusé bien haut d'avoir provoqué le premier ulcère ; c'est là une erreur profonde, car le convalescent sentant ses forces revenir, émerveillé des résultats de l'intervention (disparition des douleurs, des vomissements, etc..) et surtout en vertu du vieil adage : « qui a bu, boira », ira noyer dans la boisson le souvenir des souffrances endurées ; cette cause d'ailleurs est mise en doute par bien peu d'auteurs et nous trouvons un argument dans cette quasi-unanimité d'opinion et aussi dans ce fait que l'ulcère peptique post-opératoire du jéjunum est une affection presque exceptionnelle chez la femme, qui en général se prive

d'alcool ; la même raison est encore valable pour le tabac, somme toute peu en usage chez la femme, ou employé en cigarettes inoffensives.

On a voulu en outre faire intervenir comme facteur favorable à l'éclosion d'un ulcère secondaire l'âge du sujet : dans les 18 observations que nous avons recueillies et les trois que nous publions nous ne rencontrons que trois cas de 20 à 30 ans, soit une proportion de 15 °/₀ ; cette proportion augmente à peine de 30 à 40 ans, 20 °/₀ ; de 40 à 50 ans nous avons 30 °/₀, proportion qui ne varie guère dans les 10 années qui suivent ; au dessus de 60 ans, l'ulcère peptique est rare, sinon exceptionnel, puisque nous ne relevons que 1 seul cas ; quoiqu'il en soit, on peut avancer, sans courir grand risque d'être contredit, que les récidives ont surtout lieu entre la trentaine et la cinquantaine, assez rares avant, rarissimes après. Comme l'on voit, l'ulcère secondaire doit être considéré comme inexistant avant la vingtième année de l'individu et ce n'est qu'à titre de curiosité que nous résumerons ici l'observation d'un enfant en bas âge 1) atteint d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie pratiquée pour sténose hypertrophique du pylore, et non pour ulcère de l'estomac ; cette der-

---

(1) Dufour et Frévet le 15 Novembre 1907 dans la *Société Médicale des Hôpitaux,* relatent également l'observation d'un nourrisson de 2 mois qui fut opéré pour sténose hypertrophique du pylore par la pyloroptastie, avec succès; peu de temps après on constatait la présence d'un ulcus peptique du jéjunum.
Michaelsoy. *(Acta chirurgica scandinavina 20 Mai 1925)* publie plusieurs cas semblables.

nière infection n'est jamais rencontrée, en règle générale dans les vingt premières années de la vie et les sujets de cet âge ne sont guère en danger d'être gastro-antérostomisés ; c'est un cas rapporté au Congrès de Berlin en 1902 et que Vacher reproduit dans sa thèse : il s'agissait d'une enfant Clara W... âgée de 2 mois, qui présentait tous les signes de sténose du pylore et qui fut opérée avec plein succès par le professeur Mikulicz ; de Novembre 1900 à fin janvier 1901, l'alimentation fut normale ; le 2 Février 1901 on constata 2 selles noires et une "hémorragie stomacale profuse". Après quelques jours d'amélioration, l'enfant présenta des symptômes de péritonite et mourut. A l'autopsie, on découvrit un grand ulcère perforé de l'anse ascendante et "plusieurs pertes de substance dans le voisinage immédiat de l'abouchement". Bien que nous ayons à cœur de ne reproduire ici que des observations publiées après 1918, il nous a semblé bon de mentionner celle-ci, qui prouve que, quels que soit l'âge du sujet et les raisons de l'intervention, la gastro-entérostomie peut toujours avoir pour conséquence la formation d'un ulcère peptique sur l'une ou l'autre anse du jéjunum ; cette suite fâcheuse se produit assez rarement somme toute ; il nous serait difficile de fixer une proportion exacte, car les avis sont très partagés ; ceci est dû à de multiples causes : méthode opératoire, précocité de l'intervention, séries plus ou moins heureuses, résistance ou prédisposition du sujet, autant de raisons qui rendent contradictoires les statistiques ; nous nous contenterons d'accepter l'opinion

de Pauchet qui, certes, a quelqu'autorité en la matière : cet auteur se basant sur un grand nombre de cas observés admet que l'ulcère secondaire du jéjunum se rencontre chez 2,5 % des gastro-antérostomisés et il est certain que, si tous les opérés suivaient à la lettre les prescriptions médicales, le pourcentage des récidives serait infime.

Le régime post-opératoire en effet est assez strict et l'on a peine à refreiner l'appétit d'un convalescent dont les douleurs sont abolies et qui a hâte de reprendre des forces ; ce n'est pas tout de modérer l'alimentation, il faut aussi et surtout neutraliser l'acidité gastrique ou mieux l'hyperacidité gastrique ; celle-ci a été accusée, de tout temps et par la plupart des auteurs, d'être la cause première et souvent indispensable d'une récidive ulcéreuse ; nous aurions mauvaise grâce à ne pas être de cet avis, d'autant plus que cette opinion est basée sur des faits précis et irréfutables.

Un des signes les plus constants de l'ulcus duodénal est l'hyperacidité très marquée de l'estomac et, coïncidence curieuse, on constate le plus souvent la formation d'un ulcus post-opératoire du jéjunum après gastro-entérostomie pour ulcus duodénal ; en vérité, il y a là plus qu'une coïncidence, il y a une relation de cause à effet et cette fréquence de récidive ne peut qu'être dûe à cette hyperacidité ; le chyme extrêmement acide s'engage dans le jéjunum par le néo-pylore, dont la suture risque fort d'être attaquée et digérée ; si la nouvelle bouche est largement ouverte, ce danger est

écarté puisque les aliments ne feront que l'effleurer ; par contre, si elle est trop étroite ou si elle fonctionne mal le contact du contenu gastrique avec cette muqueuse à peine cicatrisée et plus sensible est prolongé et l'acide chlorhydrique a beau jeu de se livrer à son œuvre corrosive ; le même fait se passe à un niveau plus bas, dans l'anse efférente du jéjunum : celle-ci avait coutume de recevoir un chyme neutralisé par la sécrétion duodénale et n'est pas armée en vue de ce nouveau combat ; en général, cependant, sa muqueuse arrive à faire face à cette attaque imprévue et sort vainqueur d'une lutte en apparence inégale ; mais qu'une adhérence, dûe à la périgastrite inévitable, ou toute autre cause, provoque une coudure de cet anse et par là une stase du chyme acide, la muqueuse reste longtemps aux prises avec son ennemi, qui bien vite trouve quelque point faible où porter son effort, le résultat ne se fait pas attendre : la muqueuse, la musculeuse et la séreuse, comme trois enceintes de remparts, tour à tour capitulent ; la brêche, l'ulcère, est alors constituée et l'assaillant pénètre dans le cœur de la place, le péritoine ; ceci est un mode de défaite, il en est un autre : un organe quelconque, le côlon le plus souvent, peut se trouver accolé au jéjunum au point d'ulcération et « faire tampon » au moment de la perforation ; le colon ne peut longtemps résister à ce rôle nouveau et succombe bientôt lui aussi aux coups de son adversaire, l'acidité ; la lutte ici est encore plus rapide, parce qu'elle se fait en sens inverse : séreuse,

musculeuse, muqueuse ; l'assailli pris à rebours ne peut guère se mettre sur la défensive et a bientôt cédé.

Cette action nocive de l'hyperacidité gastrique est si vraie en pathologie qu'elle a été prouvée expérimentalement ; on a réussi à provoquer la formation d'un ulcère peptique sur le jéjunum en faisant ingérer à un animal, au préalable gastro-entérostomisé, une solution étendue d'acide chlorhydrique ; il faut noter que dans ce cas on opère sur un organisme sain, nullement affaibli par une longue période de douleurs et de mauvaise nutrition, comme celà se produit chez un sujet gastro-entérostomisé pour l'ulcus gastrique ou duodénal où les conditions de succès sont beaucoup plus défavorables.

La sensibilité de la muqueuse jéjunale va en augmentant à mesure qu'on s'éloigne, à cause de l'étroitesse du conduit, qui accentue quelque peu la stase des aliments ; heureusement que, arrivés à ce niveau, ceux-ci ont presque tout perdu de leur acidité ; mais si le chirurgien n'a pas eu soin d'aboucher dans l'estomac la partie du jéjunum la plus proche du duodénum, en faisant très courte la branche afférente, les chances de récidive sont plus grandes : plus l'anse jéjunale est basse, plus elle a de chances d'être attaquée et de se prêter à la formation d'un ulcère.

Un dernier argument en faveur de la valeur étiologique de l'hyperacidité gastrique dans la pathogénie de l'ulcus secondaire du jéjunum est ce fait que neuf fois sur dix, la nouvelle ulcération siège sur la branche efférente, guère habituée au passage d'un chyme acide. La

branche afférente en effet reste, comme chez un sujet normal, à l'abri de l'acidité, grâce à l'apport d'alcalins fournis par le duodénum et l'on conçoit facilement qu'elle soit plus avantagée que la branche efférente, mais comment expliquer les cas, rares sans doute, où l'ulcus siège au contraire sur cette branche afférente ? C'est alors qu'on a recours à une explication qu'on est tenté de plus en plus de mettre au premier plan dans la genèse de l'ulcus peptique post-opératoire, l'existence d'une "maladie ulcéreuse" ; on se plait à admettre que la maladie qui a produit le premier ulcère est également cause de la formation du second ; on cite à l'appui de cette hypothèse des observations de malades ayant été opérés cinq ou six fois et dont on ne peut encore affirmer la guérison, pour nous, il nous a été donné de rencontrer un cas qui semble particulièrement démonstratif : c'est celui de Charles N..., dont on peut lire l'observation plus loin (n° XXI). Il s'agit en général de sujets jeunes, et Okinczyc au 37e congrès de Chirurgie de Paris a bien mis cette particularité en évidence ; il déplore, comme tous ses confrères, d'être désarmé en face de ce mal ; « la maladie ulcéreuse est chez tous en pleine évolution : nous nous acharnons contre l'effet et vainement, parce que nous ignorons la cause ». De leur côté, Delore et Creyssel dans le *Journal de Chirurgie* (tome 25) disent que la pathogénie de l'ulcus peptique du jéjunum est très discutée, et reconnaissent comme cause profonde des récidives, un état pathologique de la muqueuse et une « prédisposition à créer des ulcères » ; ces mêmes au-

teurs déplorent de voir prévaloir des causes adjudantes qui favorisent cet état pathologique ; l'opération ne guérit pas la maladie ulcéreuse, qui crée le 2me ulcère comme elle a créé le premier ; ce fait est d'autant mieux prouvé que souvent la récidive est multiple et ne siège pas obligatoirement sur le jéjunum : dans ce dernier cas, on a invoqué la sensibilité tout à fait particulière de la muqueuse jéjunale, mais cette explication ne vaut plus pour une récidive au niveau de la courbure ; on a objecté à cette hypothèse les cas très fréquents où cette sensibilité ne se dévoile qu'au bout de longues années, au moment où l'on serait en droit de compter sur une certaine accoutumance ; à cela les auteurs précités répondent que c'est une question de terrain et ajoutent que la répétition « des ulcères est la signature du processus ». « Qu'on l'appelle diathèse ulcéreuse ou maladie ulcéreuse de l'estomac et du jéjunum, peu importe, mais nous sommes d'avis, disent-ils, que l'hyperchlorhydrie n'est pas la cause mais un symptôme, inconstant d'ailleurs, de cet état pathologique » ; c'est là en même temps un argument en faveur de la non valeur étiologique de l'hyperchlorhydrie dont on a longtemps exagéré le rôle. D'autre part aucune méthode n'a pu éviter les récidives, ce qui tend bien à prouver l'existence d'une cause d'ordre beaucoup plus général, « cause insuffisante chez la majorité des ulcéreux pour créer la récidive (et c'est pourquoi heureusement la récidive est rare) suffisante chez quelques-uns »... L'opinion est presque unanime pour reconnaitre la valeur de cette

hypothèse qui permet de comprendre la pathogénie de l'ulcère secondaire. Nous nous en voudrions quand même de ne pas signaler en passant que d'autres théories ont été émises : on a accusé la syphilis, reconnue comme cause de toute maladie dont l'étiologie restait obscure ou douteuse, mais sans grand succès ; d'autres ont vu dans « l'état hyperplasique marqué de la muqueuse fondique une cause de récidive », hyperplasie consécutive à la gastro-jéjunostomie et à un facteur mécanique prédisposant, tel qu'un traumatisme opératoire, ce qui somme toute revient à admettre l'existence d'une « maladie ulcéreuse ».

OBSERVATIONS

Observation 1. — (*Lyon Chirurgical, 18 Décembre 1924, M. Lagoutte*).

N... Ant..., 30 ans, a été opéré en Mai 1922 pour un ulcus-pyloro-duodénal.

D'après les renseignements qui m'ont été communiqués par le chirurgien qui est intervenu à ce moment, il s'agissait d'un malade atteint de troubles gastriques avec très mauvais état général.

L'opération, menée rapidement en raison de cet état, consista dans une gastro-entérostomie postérieure, au bouton de Jaboulay, suivie d'une exclusion du pylore avec un gros fil de soie.

Après une période d'amélioration, le malade revint en Juillet auprès de son chirurgien qui constata un trouble de l'évacuation gastrique, la bouche anastomotique ne fonctionnant plus.

Une nouvelle intervention fut pratiquée le 27 Juillet 1922. La masse indurée pylorique qui était du volume d'une noix lors de la première intervention, a disparu. L'anastomose paraît presque obturée.

Une nouvelle G. E. transmésocolique est exécutée cette fois à la suture, à 10 cm au dessous de la première, sur le jéjunum et

à gauche de la première sur l'estomac.

Les suites furent bonnes. Le malade, revu en décembre 1922 était en bon état, se livrant à tous les travaux de sa ferme.

En Juin 1923, les douleurs reprennent avec une grande intensité ; cet état se prolonge jusqu'au commencement d'octobre, époque où apparait une diarrhée profuse. A partir de ce moment l'état général décline rapidement. L'amaigrissement fait des progrès.

Au commencement de Novembre, le malade entre à l'Hôtel-Dieu du Creusot souffrant toujours beaucoup, avec une diarrhée continue, des vomissements et des éruptions fétides, à bout de forces et pesant 45 kilogs.

Le diagnostic d'ulcère peptique et de fistule-colique s'imposait à l'examen radioscopique, on voyait la baryte passer par une bouche de G. E. et s'écouler dans l'intestin, mais, au dessous de cette bouche, persistait une tâche, de la dimension d'une pièce de 1 franc dont la signification m'échappa au premier abord, mais qui n'était autre que l'ombre de la cavité de l'ulcus remplie par la baryte.

19 Janvier 1924. Intervention. On trouve une grosse masse indurée sur l'anse jéjunale, à 10 cm de la première G. E. Cette masse est adhérente au jéjunum, au côlon transverse et à l'estomac, à travers le méso. Je dois dire qu'à ce moment, je n'avais pas encore les renseignements sur les opérations pratiquées antérieurement sur ce malade. J'ignorais, en particulier, qu'il avait été pratiqué deux bouches anastomotiques. Aussi eus-je toutes les peines du monde à me reconnaître au milieu de tous ces organes adhérents les uns aux autres. J'isolai assez facilement la première bouche anastomotique qui me parut très étroite,

je la réséquai du côté estomac et sectionnai la branche afférente jéjunale. Me portant alors sur le jéjunum sain, au dessus de la masse calleuse, je le sectionnai également. Toute la masse ulcéreuse, avec les deux anses jéjunales, put alors être isolée et enlevée. Cette section laissait après elle, outre la bouche stomacale, une large ouverture sur l'estomac (2me G. E.), une autre sur la face inférieure du côlon et un fond d'ulcère sur la face gauche du mésenthère. Ce dernier, de la grandeur d'une pièce de un franc, fut curetté, touché au thermo, puis abandonné.

Restait à reconstituer le tractus digestif. Pour le faire, je suturai la bouche colique, puis la bouche stomacale, au niveau de la 2me G. E.

L'orifice de la 1re G. E. fut suturé à l'anse jéjunale distale et l'anse proximale implantée sur celle-ci, immédiatement au dessous de la suture gastrique; en un mot, anastomose en Y. J'ajoute que, craignant pour ma suture colique, faite dans de mauvaises conditions, j'établis en terminant une petite cœcostomie. Les suites opératoires ont été des plus simples malgré une opération qui avait duré près de trois heures, et le malade est actuellement en voie de complet rétablissement.

En somme, il s'est agi dans ce dernier cas, d'un ulcus peptique calleux avec grosse cavité ulcéreuse, développé au niveau de la 2me G. E. et laissant communiquer largement les 3 organes: estomac, jéjunum et côlon transverse.

Observation 2. — *(Lyon Chirurgical, 4 Décembre 1925, par MM. Cotte et Roland. — Ulcère peptique du jéjunum avec fistule gastro-jéjuno-colique.*

G... Jean, 58 ans, entre le 3 Septembre 1925 à l'Hôpital de la Croix-Rouge pour troubles gastriques.

Il a été opéré à l'Hôtel-Dieu en Mars 1914, il ignore l'intervention pratiquée. Il semble qu'il présentait à ce moment un syndrôme ulcéreux assez net: douleurs tardives, vomissements, il aurait eu une hématémèse. Cette première intervention l'a considérablement soulagé et il est resté guéri jusqu'en Août dernier (Août 25). A ce moment, réapparition des douleurs et des vomissements, perte de l'appétit, amaigrissement considérable.

A l'examen: Malade à l'aspect cachectique; il existe un point douloureux épigastrique, à jeun, dans la région gastrique.

La radioscopie montre un grand estomac se contractant énergiquement. On voit une bouche de gastro-entéroanastomose placée haut sur la grande courbure, laissant au-dessous d'elle un bas fond gastrique.

Il passe quelques bouchées par le pylore. Mais la bouillie semble s'évacuer surtout par la bouche de gastro. De là on la voit se répandre en bas et à gauche. Malheureusement on n'a pas de radiographie.

Le malade revu cinq heures après l'ingestion du baryte présente un bas fond stomacal encore visible, mais surtout on voit une injection complète du côlon gauche qui se dessine à partir de son angle jusqu'au sectum. Légère ombre cœcale.

Ces données font supposer l'existence d'un ulcère peptique avec fistule gastro-colique.

10 Septembre 1925. Intervention sous rachianesthésie. Laparatomie médiane sus-ombrilicale. Ulcère peptique au niveau de la bouche de gastro-entérostomie ayant retracté le côlon transverse et intéressant le côlon qui est induré à ce niveau. Pas de cicatrice

visible au niveau du pylore qui paraît normal. L'orifice de G.E.A. est situé haut sur la grande courbure, il est nettement induré. En le libérant on voit d'ailleurs qu'il existe au niveau de la bouche un ulcère qui est ouvert dans le côlon, près de son bord mésentérique. Résection de l'ulcère, suture de la brêche stomacale au catgut. Fermeture du côlon en 3 plans. En raison de la perméabilité apparente du pylore, on hésite à pratiquer une nouvelle G. E. On profite cependant de la brêche intestinale pour mettre un bouton et faire une nouvelle anastomose, celle-ci siégeant au-dessous de l'ancienne, au niveau de l'autre pylorique.

L'anastomose gastro-jéjunale siégeant sur le grêle, à une certaine distance de l'angle duodeno-jéjunal (anse longue), on termine par une jéjuno-jéjuonostomie complémentaire au bouton. Suites simples, sans incidents.

Le malade a été revu à la radioscopie le 5 Octobre. On constate un petit estomac haut situé, dont le fond ne dépasse pas le rebord costal. Quelques rares bouchées passent par le pylore. La gastro-entéro-anastomose fonctionne normalement. Le bouton gastro-jéjunal a été éliminé; le bouton jéjuno-jéjunal est encore en place.

Le malade quitte le service le 11 Octobre 1925. Il ne souffre plus de l'estomac et a repris déjà une dizaine de kilos.

Ces quatres observations sont celles d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie postérieure trans-mécolique faite avec suture du catgut.

Observation 3. — *(Delore et Creyssel in Journal de Chirurgie 1925).*

C..., malade opéré une première fois en Août 1917, pour signes de péritonite ayant débuté brusquement la veille à 15 heures. L'examen révélait une contracture abdominale marquée à droite. La laparatomie latérale droite montra la présence de pus dans le ventre, semblant venir de l'estomac ou du duodénum. Draînage. Guérison.

Le 15 Octobre 1918, le malade revient à l'Hôpital. Depuis un mois il présente des douleurs gastriques, quelques vomissements. L'examen montre un estomac distendu, sans signes précis de sténose, pas de péristaltisme. La laparatomie faite par M. Delore, découvre un ulcère de la région pylorique fixé profondément, impossible à attirer.

On se borne donc à faire une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, à la suture à 3 plans de catgut.

Jusqu'en 1920, le malade ne souffre plus: à cette date, il présente à nouveau des douleurs après les repas, 2 heures environ après l'ingestion alimentaire. Ce sont de légères douleurs épigastriques irradiées dans l'abdomen, persistant plusieurs heures. Il n'y a jamais de vomissements, mais parfois des régurgitations acides. Selles normales. Il y a trois mois, les douleurs sont devenues beaucoup plus vives, de plus longue durée, revêtant la forme de barre épigastrique, calmées par l'ingestion alimentaire. Elles surviennent par périodes de quelques jours ou semaines, suivies de rémissions. Toujours pas de vomissements. Le malade dit avoir eu des selles noires.

A l'examen, malade amaigri, abdomen souple, pression douloureuse dans toute la région épigastrique; on ne perçoit pas d'induration. La radioscopie montre un estomac allongé, abaissé, l'anastomose paraît bien fonctionner, le jéjunum se remplit rapi-

dement; pas d'évacuation pylorique; région pylorique floue.

Réintervention le 21 Novembre 1922. Laparatomie sus-ombilicale, sur laquelle on branche une incision transversale droite. L'estomac est attiré au dehors après dégagement de quelques adhérences; on sent au niveau du pédicule du foie quelques granulations de nature douteuse. On trouve sur l'intestin, en face du mésentère, un ulcère peptique qu'on résèque, puis on referme l'orifice. A la fin de l'intervention, l'orifice supérieur du jéjunum paraissant un peu coudé et la bile risquant de s'écouler dans l'estomac, on fait pour y parer une jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Suture de la paroi.

Le malade part complètement guéri le 8 Décembre 1922 et va bien depuis cette date.

Observation 4. — (*Delore et Creyssel in Journal de Chirurgie 1925*).

L... Claude, 56 ans, a été opéré déjà le 31 Janvier 1918 par M. Delore, à la Croix-Rousse, d'un ulcère cicatriciel sténosant sous-pylorique. On lui a fait une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique à la suture (3 plans de catgut). Pendant trois ans, le malade n'a ressenti aucun trouble gastrique. Ce n'est qu'en 1920 qu'il se met de nouveau à souffrir de douleurs augmentant progressivement d'intensité. Elles apparaissent quotidiennement depuis trois mois. L'appétit est conservé. Amaigrissement notable.

A l'examen, la palpation de la région épigastrique est entièrement négative et ne montre ni douleurs ni signes de sténose

orificielle. L'examen radioscopique montre un estomac qui se vide rapidement par la bouche et par le pylore, avec hyper-péristaltisme et hyperkinésie. Au-dessous de la bouche on aperçoit une encoche diverticulaire sans image correspondante sur la petite courbure.

On porte donc le diagnostic d'ulcère peptique et on réintervient le 2 Février 1924. On trouve au niveau du pylore une cicatrice non indurée marquant la place de l'ancien ulcère guéri. Au milieu du jéjunum, tout près de l'orifice de gastro et sur le bord mésentérique on trouve un ulcère uniquement jéjunal respectant la perméabilité de la bouche. On ouvre l'intestin, on résèque l'ulcère sans grande difficulté. On fait une suture transversale en 3 plans et on referme le ventre. Suites normales. Le malade n'a pas été revu depuis sa sortie de l'Hôpital.

Observation 5. — (*In Gelas, thèse Lyon 1919-1920*).

H..., malade de 41 ans, a subi en Janvier 1914, à l'Hôtel-Dieu, une première intervention sur laquelle manquent tous renseignements. En Janvier 1915 il entre dans le service de M. Delore pour syndrôme de sténose pylorique complète avec régurgitations L'interrogatoire révèle un passé gastrique ancien (douleurs, régurgitations, pas de vomissements vrais).

Intervention en Janvier 1915: on trouve une légère induration du pylore sans néoplasme: on fait une gastro-entérostomie postérieure à la suture, à 3 plans de catgut.

En Novembre 1917, le malade revient pour des troubles sem-

blables à ceux qu'il ressentait antérieurement. Pas de vomissements. A la palpation on sent une tumeur située à gauche et au-dessous de l'ombilic, adhérente à la cicatrice ombilicale. La radioscopie montre l'orifice de gastro entérostomie obturé, le bismuth s'évacuant par le bec pylorique.

On réintervient le 15 Novembre 1917 (M. Delore). Anesthésie générale, éther. Laparatomie sus et sous-ombilicale. L'incision sous-ombilicale conduit sur un ulcère adhérent; on tombe au milieu d'adhérences multiples qui empêchent absolument de s'orienter. Pour réséquer l'ulcère, il faut au préalable enlever le péritoine antérieur, adhérent sur la largeur d'une paume de main. On croit alors intervenir sur l'estomac: ce n'est que la résection terminée que l'on s'aperçoit qu'il s'agit non d'un ulcère gastrique, mais d'un ulcère du jéjunum dont les deux bouts restent unis par un pont muqueux postérieur et qui est situé immédiatement au-dessous de la gastro-entérostomie. On suture transversalement les deux bouts du grêle. L'estomac est situé au-dessus on ne voit à aucun moment le côlon transverse, si bien que l'on ne pourrait dire si l'orifice de l'anastomose a été antérieur ou postérieur sans le compte-rendu de l'intervention précédente: il faut admettre, puisqu'il s'agissait d'une gastro-entérostomie antéro-postérieure que l'estomac à été refoulé en haut avec le côlon. A la fin de l'opération pour séparer la paroi, on fixe l'épiploon aux deux bords du péritoine antérieur.

L'ulcère réséqué a tout à fait l'aspect d'un ulcère rongeant gastrique, il a envahi le péritoine et pénètre dans le muscle droit

Suites opératoires: le malade sort guéri le 6 Décembre 1917 après une bronchite assez sérieuse.

Observation 6. — (*In Gelas, Thèse de Lyon, 1919-1920*).

Malade de 44 ans, opéré une première fois en 1909, dans le service du professeur Poncet, par M. Delore, pour ulcère du pylore avec sténose; on pratique alors une gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique, à la suture, à 3 plans de catgut large (7 cm). A la suite de cette intervention, le malade qui était arrivé dans un état voisin de la cachexie, se rétablit progressivement et reprit sa vie normale qu'il put mener jusqu'en Janvier 1914.

Il entre à nouveau le 9 Mars 1914 dans le service de M. Delore pour les symptômes suivants: en Janvier 1914, apparition de douleurs au niveau de la région épigastrique, survenant trois heures après le repas, calmées transitoirement par l'ingestion de nouveaux aliments. Coliques fréquentes dans la région ombilicale, avec contractures localisées à ce niveau. Un peu d'anarexie, pas de dégoûts des matières grasses. De temps à autre, vomissement bilieux, pas de vomissements alimentaires, pas d'hématémèses; mélœna. Depuis 2 mois, amaigrissement notable.

A l'examen, facies coloré. La palpation abdominale montre un estomac qui se contracte. Il paraît un peu induré sur le bord gauche. La radioscopie montre un orifice pylorique bouché, mais l'estomac se vide lentement par l'anastomose.

Intervention le 12 Mars 1914 (Delore). Ether. On remarque tout d'abord que du côté de l'ancien ulcère calleux, l'induration a disparu; il existe une simple sténose fibreuse d'aspect noué; en somme, pas de régénérescence, pas de complications, mais plutôt un processus de guérison de ce côté.

Les lésions actuelles sont localisées du côté de l'ancienne gastro-entérostomie: l'orifice est coiffé du côlon transverse qui lui adhère. Le côlon transverse, induré à ce niveau, est décollé peu à peu, et on tombe sur une perforation du jéjunum au-dessous de la gastro-entérostomie; cette perforation du jéjunum, heureusement comblée par le côlon, a été produite par un ulcère pénétrant du jéjunum situé à 2 cm de l'orifice de la gastro-entérostomie.

Résection du pourtour de l'ulcère, suture au catgut. Le malade sort guéri un mois après. Depuis il n'a pas été revu.

Ces deux observations concernent des cas d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Observation 7. — *(Delore et Creyssel in Journal de Chirurgie 1925).*

M... Joseph, 67 ans, opéré en 1920 par M. Delore pour ulcère pylorique sténosant à symptomatologie typique. On a fait une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay. Le résultat est resté parfait jusqu'en Juillet 1923. A cette date, c'est-à-dire 3 ans après la première intervention, le malade recommence à souffrir de l'estomac. Les douleurs sont quotidiennes, survenant après chaque repas, 4 à 5 heures après l'ingestion alimentaire; elles siègent au creux épigastrique et ne sont pas accompagnées de vomissements. L'appétit est parfaitement conservé: le malade signale même la sensation de faim douloureuse. Léger amaigrissement.

A l'examen on trouve un estomac très dilaté, qui clapote à jeun et présente des ondes péristaltiques. La palpation est indolente; on ne perçoit pas de masses suspectes; elle révèle seulement une petite hernie épigastrique concomitante.

Devant les symtômes fonctionnels et les signes légers de sténose, on porte le diagnostic d'ulcère peptique probable. On intervient donc à nouveau le 15 Janvier 1924. L'exploration, après laparatomie, de la bouche de gastro-entéro-anastomose, montre une dureté de bois à la palpation qui confirme l'existence d'une ulcère peptique. On en pratique alors l'exérèse au cours de laquelle on constate une sténose serrée de l'orifice dont le calibre admet à peine une pince hémostatique et, à 1 cm. au-dessous, sur le bord afférent du jéjunum, on trouve l'ulcère d'une dimension égale à celle d'une pièce de 0 fr. 50. On enlève donc l'ulcère, on élargit l'orifice de gastro-entérostomie en le reconstituant par une suture à 3 plans de catgut en avant et 2 plans de catgut en arrière.

L'examen histologique de la pièce montre un ulcère banal. Suites normales. Le malade quitte l'hôpital au bout de 3 semaines. Depuis on n'a pas eu de ses nouvelles.

Observation 8. -- *(Delore et Creyssel in Journal de Chirurgie 1925).*

F... François, 54 ans, a été opéré une première fois en Décembre 1923 pour ulcère pylorique. A l'âge de 20 ans, il avait présenté des troubles gastriques améliorés rapidement par un régime strict. Les troubles n'ont reparu qu'en 1921 sous forme

de douleurs à horaire tardif, survenant 4 ou 5 heures après les repas et surtout la nuit, accompagnées de vomissements très abondants, contenant des aliments ingérés les jours précédents, calmées par ces vomissements. Elles évoluaient par crises et malgré la conservation de l'appétit, le malade avait déjà maigri de 8 kilogrammes. Enfin, une hématémèse survenue en Novembre 1923, fixe le diagnostic et décide le malade à entrer à l'hôpital.

L'examen montre un estomac très dilaté, qui présente des ondes péristaltiques, sans tumeur perceptible ni point douloureux. On intervient le 11 Décembre 1923 et on trouve une sténose pylorique par ulcère adhérent à la tête du pancréas; gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Pendant quelques mois, amélioration des sympômes, mais en Août 1924, le malade recommence à souffrir et il entre à nouveau dans le service le 15 Septembre 1924 avec un syndrôme complet de sténose du néo-pylore; douleurs tardives, vomissements, péristaltisme léger. On ne fait pas d'examen radioscopique.

On réintervient donc le 16 Septembre, hésitant entre le diagnostic de sténose cicatricielle de la bouche et celui d'ulcère peptique: on trouve un estomac très grand, épaissi: l'ulcère ancien a presque disparu, il n'en reste que des adhérences; l'ulcère, qui est situé exactement à 1 cm. de la bouche, sur le jéjunum est réséqué; une induration nette au-dessus et en avant de l'orifice a réduit celui-ci au calibre d'une pince hémostatique, aussi on l'agrandit par le procédé habituel de M. Delore.

Suites normales. Le malade depuis est en bonne santé.

Quatre cas d'ulcères peptiques à répétition.

Observation 9. — *(Delore et Dunet in Lyon Médical 1923).*

D... Henri, 54 ans, entré le 12 Novembre 1916, souffre de l'estomac depuis 17 ans. Actuellement, sténose pylorique serrée avec cachexie avancée. M. Delore intervient le 14 Novembre 1916, sténose pylorique pour ulcère à peu près cicatrisé; gastro-entérostomie postérieure transmésocolique rapide à la suture; 3 plans de catgut. Pendant un an, santé excellente. Il y a deux ans, réapparition de troubles gastriques, digestions difficiles, douleurs rapidement intolérables. Ni vomissements, ni hématémèses. Malade sous-alimenté, se lavant fréquemment l'estomac; amaigri. Réintervention (Delore) le 16 Octobre 1919, 3 ans après la première intervention. Laparatomie sus-ombilicale au niveau d'une éventration légère présentée par le malade. Estomac épaissi, attiré péniblement au dehors. Le côlon relevé, on tombe sur l'anastomose indurée en arrière où elle est froncée comme par une cicatrice rétractée. Libération de l'anastomose d'avant en arrière, résection (portant sur 1 ou 2 cm. d'estomac et 3 ou 4cm. d'intestin). Le bout jéjunal afférent est implanté dans l'orifice gastrique par une suture à 3 plans, le bout supérieur est implanté au-dessous, dans le jéjunum, terminé latéralement; bref gastro-entérostomie en Y.

L'ulcère pylorique paraît cicatrisé sur la pièce; à l'union de l'estomac et de l'intestin petite ulcération plus développée sur l'intestin dont le méso présente aussi une induration très accentuée, en rapport intime avec la lésion ulcéreuse. Suites normales. Guérison.

Le malade revient, le 20 Octobre 1921. Après un an d'amélioration, réapparition des douleurs, tardives (5 à 6 heures après des repas) irradiées à l'épaule droite et survenant par périodes.

Troisième intervention le 24 Octobre 1921 au niveau du jéjunum. Ulcère peptique à 2 cm. au-dessous de l'orifice gastro intestinal qu'on résèque sans toucher à la muqueuse gastrique. Fermeture de l'intestin à 3 plans de catgut. Les deux orifices de l'intestin, celui qui s'ouvre dans l'estomac et celui de l'autre branche en Y devenant très proches l'un de l'autre, la gastro-entérostomie en Y est presque transformée en gastro-entérostomie ordinaire. Sur le segment intestinal réséqué, ulcération de la largeur d'une pièce de 0 fr. 50.

Observation 10. — (*Par Okinczyc au XXXVII*me *Congrès Français de Chirurgie, du 8 au 13 Octobre 1928*).

L. N..., 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en Septembre 1921, pour des troubles digestifs qui ont débuté en 1914 et qui se sont compliqués en 1920, d'hématémèses abondantes. Douleurs tardives, à horaire fixe, calmées par l'ingestion d'aliments.

L'examen clinique, radioscopique semble confirmer le diagnostic d'ulcère du duodénum. J'intervins une première fois le 25 Septembre 1921. Je trouve un ulcère de la première portion du duodénum empiétant sur le pancréas; je pratique une gastro-jéjunostomie postérieure transmésocolique et une exclusion temporaire du pylore par faufilage et ligature qui enjoint l'ulcère. Amélioration d'abord pendant quelques années, puis les douleurs reparaissent avec un caractère d'acuité assez marqué et une

localisation différente, à gauche cette fois et au-dessous de l'ombilic. Nous pensons à une récidive et nous essayons d'abord le régime et un traitement médical, qui ne donnent aucun résultat. Je revois le malade en mai 1927; à ce moment les douleurs sont presque continuelles et un examen radioscopique nous fait penser qu'il s'agit d'un ulcère peptique au voisinage de la bouche de gastro-jéjunostomie qui est douloureuse au palper sous l'écran.

J'intervins pour la seconde fois le 16 Mai 1927, soit six ans après la première intervention. Je trouve un ulcère peptique sur l'anse jéjunale anastomosée, à peu de distance de la bouche. Je pratique une résection de la bouche de gastro-jéjunostomie. Je referme la brêche gastrique et je rétablis la continuité du jéjunum par une suture terminale bout à bout. A ce moment, la disposition anatomique est normale, et telle qu'elle existait avant la première intervention. Je crois utile cependant, me méfiant de la perméabilité du pylore, de faire une nouvelle gastro-jéjunostomie. Je la fais cette fois, avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire.

L'amélioration est de courte durée; quarante-trois jours après cette intervention, soit le 28 Juin 1927, le malade est ramené d'urgence dans mon service avec tous les signes d'une perforation.

Je l'opère aussitôt pour la troisième fois et je trouve un ulcère peptique perforé en péritoine libre, sur l'anse jéjunale anastomosée en regard de la bouche de gastro-entérostomie. Je fais la résection de l'anse perforée; je ferme la brêche gastrique et je ferme les deux bouts du jéjunum, la continuité du du jéjunum se trouvant déjà assurée par la jéjuno-jéjunostomie pratiquée en même temps que la gastro-entérostomie

lors de la deuxième intervention. Je laisse les choses en l'état, me réservant, si l'imperméabilité du pylore se manifestait dans dans les jours suivants, de faire dans un second temps, une nouvelle gastro-entérostomie. Mais il me faut ménager le malade qui, après sa perforation, est en pleine péritonite.

La guérison se fait normalement, et le pylore fonctionne, ce qui suffirait à prouver l'inefficacité des exclusions par simple ligature. Mais, au bout de quelques semaines, les douleurs reparaissent et cette fois avec le type d'horaire et de localisation qui avait amené le malade à l'hôpital pour la première fois en 1921. Il semble que l'ulcère du duodénum ait récidivé.

Je réintervins pour la quatrième fois le 7 Octobre 1927, et je trouve en effet, l'ulcère du duodénum en activité, récidivé. Décidé cette fois à obtenir la guérison, je décide de faire une gastro-duodénectomie large. J'y parviens assez facilement du côté de l'estomac, un peu plus difficilement du côté du duodénum à cause des adhérences au pancréas. Cependant je dépasse les limites de l'ulcère. Le duodénum est fermé et je rétablis la continuité gastro-jéjunale par le procédé de Polya, à travers le mésocôlon transverse. Le malade guérit.

Je le revois en Avril 1928, soit six mois plus tard. Après deux mois d'accalmie, les douleurs ont reparu, cette fois à gauche et au-dessous de l'ombilic; elles sont tardives. En même temps le malade a présenté un mélœna assez abondant. Une nouvelle radioscopie nous permet de supposer l'existence d'un nouvel ulcère peptique jéjunal, au voisinage de l'implantation gastro-jéjunale.

C'est donc un échec complet, malgré la mise en œuvre des traitements chirurgicaux et médicaux, jugés en général efficaces

dans cette maladie. Ce malade a subi successivement une gastro-jéjunostomie et une exclusion, une suppression de la gastro-jéjunostomie postérieure, une gastro-jéjunostomie antérieure avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire, une résection de la gastro-jéjunostomie antérieure et enfin une gastro-duodénectomie large avec implantation gastro-jéjunale à la Polya. Il n'est pas guéri.

Observation 11. *(Résumée). — (Par Riess in Zentralblatt für Chirurgie, 411 nº 50 du 12 Décembre 1925).*

Il s'agit d'un « malade de 27 ans qui, après une résection pylorique avec gastro-entérostomie antérieure, fit une perforation deux mois plus tard sur l'anse jéjunale anastomosée; on résèque l'ulcère perforé; six mois plus tard, nouvelle perforation de l'anse jéjunale: on résèque l'anastomose et on fait une nouvelle gastro-entérostomie antérieure; enfin, deux ans après, le malade revient avec une fistule épigastrique; l'opération révèle un ulcère perforé sur l'anse afférente de l'anastomose et un ulcère non perforé sur l'anse efférente. On résèque l'anastomose et après rétablissement de la continuité du jéjunum on fait une gastro-entérostomie postérieure. Guérison... jusqu'à plus ample informé ! »

Observation 12. *(Résumée). — (Par Riess in Zintralblatt für Chirurgie 4 III nº 48, 27 Novembre 1926).*

Voici un autre malade, de vingt-six ans qui a subi cinq opérations.

En Octobre 1922, on diagnostique un ulcère sténosant du pylore et, à cet effet, on pratique une gastro-entérostomie rétrocolique.

Un an après cette intervention, on diagnostique un ulcère peptique de la bouche anastomotique. On résèque celle-ci et on suture l'intestin bout-à-bout.

Dix-huit mois plus tard, en Avril 1925, le malade souffre d'un nouvel ulcère, dont le siège n'est pas spécifié, et pour lequel on fait une pylorectomie (Billroth I).

Six mois ne se passent pas qu'on se voit dans l'obligation de faire subir au malade une quatrième opération pour un ulcère calleux de la première portion du duodénum; selon la méthode de Braun on fait une gastro-entérostomie antérieure avec entéro-anastomose. Le résultat n'en est pas meilleur puisque le 27 Mai 1926 le malade présente une fistule épigastrique, par ulcère perforé de l'anse anastomotique efférente. «Résection gastrique large avec l'anastomose et suture du duodénum au moignon gastrique, et de l'intestin grêle bout à bout. Le malade quatre mois après restait guéri!...»

Observation 13. — *(Archives des Maladies de l'appareil digestif, 1927, par Gutmann et Jahiel).*

Mia... Thomas, 50 ans. Opéré le 13 Janvier 1926 pour ulcus pylorique, par le professeur Gosset.

Compte-rendu opératoire. — Estomac énorme avec une sténose pylorique très serrée. On ne voit plus la V. pylorique. Le duodénum présente une petite déformation. On fait une gastro-

entérostomie postérieure isopéristaltique à la soie pour le surjet d'accolement, au catgut chromé américain pour les autres; la musculaire est hypertrophiée, la muqueuse est très malade. On n'a pas fixé l'estomac en arrière à cause des adhérences; on le fixe en avant à la brêche du mésocôlon par 2 points.

Suites opératoires. — Bonnes suites opératoires, sans vomissements, mais légère ascension thermique le lendemain de l'opération: 38°-5.

Début de l'histoire de l'ulcus peptique. — Revient consulter en racontant que, 6 mois après l'opération, depuis Septembre 1926 il a recommencé à souffrir dans le ventre et dans les deux hypocondres: crises douloureuses légères survenant 4 à 5 heures après les repas et durant une heure environ sans vomissement. Ces crises n'étaient pas quotidiennes, elles survenaient un jour ou deux, puis le malade avait quelques jours d'accalmie. Ces manifestations ont duré 20 jours environ, le temps qu'il était resté à la campagne. Puis elles ont cessé pendant 1 mois 1/2.

Une première série de radiographies est faite (Octobre 1926). On porte à ce moment le diagnostic de périgastrite lacunaire et on décide de suivre médicalement le malade.

Nous ne le revoyons plus jusqu'en Août 1927; il revient à ce moment consulter en se plaignant d'avoir depuis 8 mois (Novembre 1926) des douleurs journalières de plus en plus fortes, survenant surtout vers la fin de l'après-midi l'obligeant à se plier en deux; la nuit il ne s'endormait que très tard à cause des douleurs qui le tordaient dans son lit.

A l'examen, pas de point douloureux; sensibilité à la pression sous le rebord costal gauche.

De nouvelles radiographies sont faites. On trouve d'abord

des lésions de périgastrite lacunaire très nettes; de plus, on reconnaît au-dessous de la page claire pseudo-lacunaire une tâche suspendue qui est certainement une niche d'ulcus; sur l'un des clichés même, où l'anse efférente est presque vide, on voit les plis de sa muqueuse qui semblent converger vers la niche, comme on l'a décrit dans certaines niches d'ulcus gastrique. On pose le diagnostic de périgastrite lacunaire et d'ulcus peptique.

L'intervention confirme ce double diagnostic.

2e Intervention: Le 31 Août 1927 (Dr Petit-Dutaillis). Adhérences multiples et serrées autour de la bouche; l'anse efférente adhère au côlon transverse par un gros ulcus calleux (ulcus pepticue) n'ayant pas encore abouti à la fistulisation: on défait la gastro-entérostomie; on résèque la portion pylorique de l'estomac; on résèque la portion du frêle enflammé autour de l'anastomose et on termine par une gastro-entérostomie au-dessous de cette région.

Bonnes suites opératoires. Le malade, revu, va bien.

Observation 14. — *(Archives maladies de l'appareil digestif, 1927, par Gutmann et Jahiel).*

No... Maurice, 38 ans. Opéré en Novembre 1926 (Dr Jselin).

Compte-rendu opératoire. — Ulcère siégeant au niveau du premier coude du duodénum. Grosse induration. G. E. P. verticale transversocolique catgut et soie, paroi à la soie.

Suites opératoires: Ascension thermique à 39° les premiers jours, puis température normale. Sort guéri le 12e jour.

Début de l'histoire de l'ulcus peptique. — En Août 1926,

l'opération, le malade commence à présenter de petites douleurs périombilicales qui vont en s'accentuant de plus en plus, ne sont pas continuelles, surviennent n'importe quand, le jour ou la nuit. Progressivement, elles deviennent plus violentes jusqu'à forcer le malade à se plier en deux et dans les premiers temps à se rouler à terre.

Peu calmé par les calins; pas calmé par les aliments; légèrement amélioré par des compresses d'eau chaude. N'a jamais vomi.

Les radiographies faites en Septembre 1927 montrent sous l'anse efférente une niche en forme de champignon, unie à l'anse par un pédicule large. Sur certains clichés, l'anse était vidée, la niche reste seule remplie. On porte le diagnostic d'ulcère peptique.

2e *Opération*: Intervention (Dr Thalheimer) Septembre 1927. Processus inflammatoire léger autour de la bouche; à 2 cm. d'elle, sur l'anse efférente, près du bord mésentérique on voit un ulcère peptique net. Il n'y a plus trace d'un ancien ulcère ailleurs, ni sur l'estomac, ni sur le duodénum. On pratique une gastro-entérostomisation.

Bonnes suites opératoires.

Observation 15. — *(Archives des maladies de l'appareil digestif, 1927, par Gutmann et Jahiel).*

Gra... Lucien, 37 ans. Opéré le 10 Novembre 1925 par M. le professeur Gosset, pour ulcus duodénal.

Compte-rendu opératoire. — On voit une sténose duodénale pour ulcère. On fixe l'estomac en arrière et on fait une G. E. P. à la soie pour le surjet d'accolement, au catgut chromé de l'assistance pour les autres; muqueuse gastrique très malade. On fixe également l'estomac en avant à la brèche du mésocôlon par deux points.

Suites opératoires: Bonnes suites opératoires, sauf légère congestion de la base droite ayant duré 4 jours. Sorti guéri le 16e jour.

Début de l'histoire de l'ulcus peptique. — Deux mois après le malade recommence à souffrir pendant 3 semaines avec des douleurs à caractère post-prandial net, 2 à 3 heures après-midi, 11 heures du soir. A la suite de cette période douloureuse, survient une amélioration spontanée jusqu'en Juillet 1927. A ce moment, nouvelle crise semblable à la première. Les douleurs sont extrêmement violentes, à se plier en deux, et siègeant surtout dans l'hypocondre droit. Elles n'ont plus d'horaire fixe mais sont presque continues. Pas de vomissements. Pas de mélæna. Pas d'anorexie.

Des radiographies sont faites en séries en Juillet 1927. Sur la plupart des clichés, l'anse efférente est vide; on constate, partant de la paroi gastrique, au niveau de la commissure supérieure à peu près de la bouche de G. E., un petit tractus seul rempli de baryte qui a, sur les clichés pris debout, la forme d'une niche piriforme plus ou moins longue à direction horizontale, en position couchée la forme d'un ergot à concavité supérieure. Ce petit tractus est constant sur les clichés.

Sur les clichés où l'anse est remplie, la figure précédente qui semble dépendre du bord gauche de l'anse a disparu, recou-

verte ou absorbée par l'ombre barytée; mais on voit nettement un peu plus bas et cette fois sur le bord *droit* une saillie qui a l'aspect d'une niche classique d'ulcère

D'après l'histoire clinique, d'après la présence de la niche du bord droit, on fait le diagnostic d'ulcus peptique, et on décide de faire opérer le malade. On tâchera de voir à l'opération à quoi correspond la déformation du bord gauche.

L'intervention faite le 7 Septembre 1927 par le Dr Petit-Dutaillis va donner l'explication en montrant *deux* ulcères peptiques, l'un sur le bord droit, l'autre sur le bord gauche de l'anse.

2e *Opération. — Compte-rendu opératoire.* — Le côlon transverse est très adhérent à la branche efférente de la G. E., près de la bouche. On libère cette anse et on constate l'existence sur le jéjunum d'une perte de substance circulaire et indurée, du volume d'une pièce de 2 francs, ulcus peptique du bord libre en train de s'ouvrir dans le côlon; de plus, par la brèche, on s'aperçoit qu'il existe un second ulcère peptique de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, sur le bord mésentérique de l'intestin. Le côlon n'est pas perforé. Résection circulaire segmentaire de de l'anse efférente au niveau des deux ulcus avec suture bout à bout en deux plans. Gastrectomie portant sur la totalité de l'antre pylorique. Suture au catgut de la tranche gastrique pour le surjet total. On ne touche pas à l'ancienne G. E. Fermeture de la paroi à la soie. Gros drain sous-hépatique.

Suites opératoires. — Le lendemain, le malade est très agité il s'est brusquement levé et a marché dans la salle etc...

Mort par pneumonie.

Observation 16. — *(Par Feissly, dans les Archives des maladies de l'appareil digestif, 13 Décembre 1926).*

M... Gr..., âgé de 45 ans, a été opéré il y a une dizaine d'années pour ulcère duodénal (gastro-entérostomie et exclusion du pylore). Vers la fin de l'année 1924 il se plaint de crises douloureuses siégeant dans l'hypocondre gauche; les crises apparaissent 4 à 5 heures après les repas, surtout si les repas sont abondants. Elles ont un caractère périodique.

Un premier examen radioscopique fait en Décembre 1924 démontre l'existence d'une zone suspecte sur le trajet de l'anse efférente. Un second examen fait quelques semaines plus tard (26 Janvier 1925) démontre une niche nette qui s'est développée au niveau du point suspect.

Le malade refuse toute intervention chirurgicale et est traité par la diathermie localisée, les alcalins et les absorbants.

On constate 2 mois plus tard, lors d'un examen de contrôle une diminution de volume de la niche; à ce moment tous les phénomènes douloureux ont disparu.

Nous le revoyons fin Juillet de la même année. Il a subi entre temps, sous-anesthésie locale, une réfection de la paroi abdominale pour hernie post opératoire.

A l'examen radiologique, l'aspect local s'est considérablement modifié et l'image diverticulaire n'est plus visible.

L'état général reste bon jusqu'en Septembre 1926. A cette époque, le malade ressent quelques heurts et demande une nouvelle radiographie. Celle-ci faite dans la station, debout, démontre une déformation très nette de l'anse efférente. Pour faciliter l'interprétation de cet aspect nouveau, nous faisons à deux

reprises l'examen de la bouche anastomotique au moyen du tube d'Einhorn, introduit dans l'intestin et par lequel nous injectons de la gélobarine.

Dans la 1re de ces épreuves, le tube d'Einhorn a franchi le pylore redevenu perméable et l'injection barytée met en évidence l'anse afférente normale; dans la 2e, le tube a pénétré dans l'intestin — branche efférente — par la bouche de gastro. L'injection reproduit une image semblable à celle de la radio en position debout.

Nous pensons qu'il faut considérer l'aspect biloculaire de cette région comme l'expression d'un spasme ou d'une déformation au niveau de la zone de l'ulcère, vraisemblablement cicatrisé.

Nous tenons aussi à reproduire deux observations de Gutmann et Jahiel; bien que ces deux malades n'aient pas encore été opérés, leur étude est tellement typique qu'elle a permis d'affirmer le diagnostic d'ulcère peptique et, ce qui est remarquable, de localiser exactement la lésion.

Observation 17. — *(Archives des maladies de l'appareil digestif, 1927, par Gutmann et Jahiel).*

Prud... Jean, âgé de 44 ans, est en ce moment dans le service. Ancien paludéen, alcoolique, pas de syphilis connue.

Il a été opéré en 1924 à Marseille pour ulcus duodénal. Il est resté bien portant pendant 4 mois après sa gastro-entérostomie. A ce moment il a recommencé à souffrir et à vomir et a été réopéré en Mars 1925, également à Marseille, où on

lui a fait une sphincterectomie (?) du pylore. Il reste bien portant pendant 18 mois.

Depuis Septembre 1926 il a recommencé à souffrir et à vomir. Ces troubles surviennent par périodes, durent environ 8 jours; ils consistent en douleurs qui durent presque toute la journée et souvent la nuit. Ces douleurs siégeaient à l'hypocondre gauche, étaient insupportables, à se rouler par terre, «comme si on lui arrachait les intestins»; elles étaient exagérées par l'alimentation, un peu calmées par la pression de l'abdomen. Elles étaient calmées enfin par des vomissements qui survenaient vers 5 ou 6 heures de l'après-midi et qui, dit le malade, étaient parfois noirâtres. Il ignore s'il a eu du méléna.

Le 13 Octobre, le malade qui habitait Orléans, décide de venir nous consulter à la Salpêtrière. En chemin de fer, il est pris d'une hématémèse qui paraît avoir été assez forte et arrive à l'hôpital très pâle et très affaibli. Il est mis en salle en observation et le 17 Octobre présente une nouvelle hématémèse abondante avec méléna. Traitements habituels.

Depuis amélioration progressive, ne souffre plus.

L'examen montre un point douloureux para-ombilical gauche et une légère défense musculaire à ce niveau.

Radiographie. — On voit partir de la bouche de gastro-entérostomie, qui est normale, l'anse intestinale anastomosée. Sur son bord gauche, tout près de la bouche, on constate une niche extrêmement nette, du volume d'un petit pois, reliée à cette anse par un pédicule un peu plus étroit et très court. Cette niche est constante sur les divers clichés de la série.

On pose le diagnostic d'ulcus peptique et l'on décide de réopérer le malade lorsqu'il sera en état (transfusions, etc.).

Observation 18. —

Mer... André, 47 ans, tailleur. Opéré en 1923 par M. le professeur Gosset pour ulcère de la petite courbure tout près du pylore. Gastro-entérostomie.

Le malade continue à souffrir; on décide de compléter l'intervention pas une pylorectomie; mais les douleurs se calment, recommencent; le malade s'absente ; la deuxième opération n'est pratiquée que 3 mois après la réintervention, il recommence à souffrir. Ces douleurs surviennent par crises durant 15 jours à 3 semaines. Pendant ce temps, le malade souffre tous les jours, 6 heures après les repas environ, au creux épigastrique et à la région para-ombilicale.

Depuis 1 an 1/2 environ, les troubles se sont notablement aggravés. Les crises durent un mois environ, les douleurs localisées dans le bas-ventre sont épouvantables, elles surviennent par paroxysmes «à se rouler par terre» ou durent toute la journée.

Peu à peu les troubles tendent à se souder c'est-à-dire que le malade souffre tous les jours vers 6 ou 7 heures du soir et parfois tard dans la nuit, et que de plus, tous les 2 au 3 mois, survient une période d'un mois environ de douleurs beaucoup plus fortes.

Depuis 3 mois les douleurs enfin tendent à être journalières et d'une intensité égale.

Il faut noter que depuis 1 an 1/2, coïncidant environ avec l'époque de recrudescence des douleurs, sont apparus des phénomènes intestinaux, constipation, diarrhées glaireuses. Il y a eu deux fois du mélœna constaté.

Des examens radiologiques ont été faits à plusieurs reprises. Ils ont montré le fonctionnement normal de la bouche.

Mais de plus, les radiographies en série pratiquées depuis la deuxième intervention ont montré avec la plus grande netteté une niche constante de l'anse afférente; cette niche a la forme et la taille d'un «pique» de carte à jouer, relié par son pédicule au bord droit de l'anse efférente à quelques centimètres au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie.

En faisant avaler au malade une sonde d'Einhorn, et en la faisant passer par la bouche de gastro-entérestomie, nous arrivons, avec notre ami le Dr Garcia-Calderon à remplir électivement de baryte cette niche et à prendre un cliché où elle apparaît, seule opaque, avec sa forme caractéristique.

Il ne semble donc pas y avoir de doute sur le diagnostic; il s'agit d'un ulcus peptique de l'anse efférente. En raison des troubles intestinaux violents parfois, on peut penser que cet ulcus adhère à l'intestin; il n'existe toutefois actuellement aucun signe clinique ou radiologique de fistule jéjuno-colique.

Le malade est décidé à se faire opérer, mais il recule toujours l'opération, en disant que pour le moment il a trop d'occupations.

Notons que le malade est un spécifique ancien. De nombreuses séries de traitements spécifiques (mercure, arsenic, bismuth) ont été appliquées depuis le début de ses troubles (à la période d'ulcus gastrique, après la 1re et la 2e intervention), depuis l'apparition des signes d'ulcus peptique. Il n'y a jamais eu la moindre influence de ces traitements sur les troubles ressentis.

Observation 19. — *(Inédite).*

C... Jean, cultivateur, 47 ans, vient se plaindre en Mai 1921 de douleurs épigastriques qu'il éprouve depuis 30 ans.

L'évolution de ces douleurs présente bien le caractère cyclique de l'ulcère pylorique sur lequel ont insisté Savignac et Gutmann.

Au début, elles survenaient 3 à 4 heures après les repas, étaient calmées par l'ingestion et s'accompagnaient de constipation; le malade en 15 jours avait facilement raison de ces crises douloureuses grâce à l'absorption de poudre absorbante et, à l'observation d'un régime hypochloruré, il reprenait ensuite l'alimentation commune pendant 5 à 6 mois sans souffrances.

Peu à peu les douleurs cédèrent moins facilement au traitement et s'irradièrent dans le dos.

En 1916 et en 1919, il eut une hématémèse peu abondante avec mélœna: le tout guérit très rapidement; les douleurs persistaient cependant et même changèrent d'allure: elles perdirent leur caractère horaire; tantôt dans le jour, tantôt dans la nuit elles apparurent progressivement violentes, simulant des crampes; les poudres saturantes n'eurent plus d'action sédative: seuls les vomissements alimentaires apportaient quelque soulagement.

Le malade entrait dans une seconde phase de sa maladie: il se préparait lentement un rétrécissement ulcéreux du pylore. En effet, en Mai 1921, date de sa première visite, on constatait que le visage était vidé, la paroi abdominale molle, «en chiffon», indice d'un certain embonpoint antérieur (en 2 ans, il a

perdu 22 kgrs.); 12 heures après le repas de la veille, il existait un clapotage énorme et le tubage à jeun ramène 400 cm. d'un liquide très odorant rempli de matières alimentaires la plupart reconnaissables (viande, pruneaux, salade); l'analyse montra la présence d'HCL et une abondante fermentation secondaire (acides lactique, butyrique).

La radioscopie fit voir un énorme estomac remplissant la moitié de l'abdomen et descendant jusque dans le petit bassin: les contractions étaient faibles et se présentaient toutes les 2 ou 3 minutes sous forme d'un mouvement vermiculaire allant de l'antre prépylorique au pylore; pas d'évacuation visible pendant la première heure; trois, puis six heures après l'ingestion, l'estomac avait toujours la même forme; jamais le pylore n'a été infecté. Il s'agissait donc bien d'un rétrécissement cicatriciel du pylore avec mauvais état général, dû à l'amaigrissement et à la déshydratation.

Le malade accepta la gastro-entérostomie qui fut faite huit jours après, pendant lesquels on fit quotidiennement des injections de sérum glucosé et lavages gastriques.

L'intervention eut lieu sans incidents: pylore dur, fibreux qui fut respecté; on pratiqua une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique et on put constater l'augmentation extraordinaire de l'épaisseur de la paroi gastrique, preuve de la lutte ancienne du muscle gastrique contre l'obstacle pylorique; la différence d'épaisseur des deux parois, gastrique et intestinale, rendit leur affrontement délicat et laborieux, mais celui-ci fut néanmoins mené à bonne fin.

Suites opératoires normales; les vomissements ne reparurent pas et 18 jours après l'intervention le malade sortit convalescent.

Trois mois durant, il suivit un régime hypochloruré, sans acides, ni caféine, ni boissons alcoolisées: l'état général s'améliora à vue d'œil: 15 kgrs. d'augmentation pendant cette période; négligeant les avis de son médecin, C... se remit très rapidement au régime commun, comprenant café, bière, vins et aliments très salés, sans pour cela éprouver la moindre gêne.

En Avril 1922, il assista à plusieurs réunions de famille où les plantureux repas et les abondantes libations sont en honneur; les premiers excès furent sans conséquence, mais les derniers provoquèrent une gêne épigastrique avec sensation de distension, gêne qui fut suivie de vomissements alimentaires; l'examen somatique montrait une douleur vive à 3 travers de doigt à gauche de l'ombilic.

A la radioscopie, on n'observait pas de rétention, au contraire la baryte était évacuée rapidement par la nouvelle bouche.

Les douleurs apparurent bientôt d'abord exacerbées par l'alimentation, puis continues; elles furent calmées par les pansements au Kaolin et au carbonate de bismuth d'une façon éphémère: leur maximum siégeait toujours à gauche de l'ombilic.

La crainte de souffrir fit au malade restreindre son alimentation, ce qui n'eut d'autre résultat que d'accélérer l'amaigrissement.

En Juin, apparurent des mélœna intermittents, discrets d'abord, puis plus abondants, amenant une anémie considérable en 6 semaines (décoloration prononcée de la face et des muqueuses, oreilles exsangues).

En Juillet 1922, la situation est critique: pouls petit, rapide tension 13-9, vertiges dans la position verticale: il y a donc urgence à pincer les vaisseaux qui saignent. Pendant trois jours,

on fait des injections sous-cutanées de un litre de sérum physiologique dans le but de relever la tension artérielle et l'opération est pratiquée le 22 Juillet 1922.

A l'ouverture de l'abdomen, on est frappé par les adhérences multiples qui englobent et soudent entre eux le côlon transverse, des anses grêles et la paroi gastrique: adhérences développées à la fois par la gastro-entérostomie et par l'ulcus jéjunal. Après un long et laborieux travail destiné à libérer ces adhérences, on reconnut la présence d'un ulcère sur l'anse afférente de l'anastomose, ulcère ayant perforé la paroi du grêle et commençant à creuser la face antérieure de la tête pancréatique.

L'opération consista à réséquer les 2 anses jéjunales de l'anastomose et l'antre pylorique et à faire une anastomose gastro-jéjunale.

L'intervention dura une heure: le malade dont l'état général était très touché ne supporta pas le shock opératoire et mourut 12 heures après.

A l'autopsie, sur l'anse afférente on trouva un ulcère peptique de la grandeur d'une pièce de 1 franc situé à 2 cm. de la gastro-entérostomie: il avait perforé l'intestin et provoqué une réaction intense de tissu fibreux qui avait rendu l'intervention si difficile. Il n'existait aucune autre lésion ulcéreuse du jéjunum et de l'estomac.

Observation 20. — *(Inédite).*

S... E. souffre de l'estomac depuis de longues années; grand fumeur et ne craignant pas les copieuses libations il ressentit

les premières atteintes de sa maladie vers l'âge de 35 ans; il se plaignait après manger d'une sensation de dilatation énorme de l'estomac et ses douleurs n'étaient calmées que par des vomissements alimentaires tardifs; par ailleurs il était sujet à la pituité matinale si régulièrement qu'il n'y prêtait plus attention, quand, à l'âge de 53 ans, la nature de ses douleurs varia par le rythme, l'horaire et surtout l'acuité; il ressentait ces douleurs au creux épigastrique environ 1/2 heure à 1 heure après les repas, assez férocement donc, et avec une telle intensité qu'il y cherchait un soulagement en se «roulant par terre»; les périodes douloureuses duraient environ un mois avec plus d'intensité au printemps; ces périodes étaient séparées par des intervalles d'accalmie, en général plus longs, d'au moins 2 mois.

On ne note pendant cette longue période ni hématémèses, ni méléna; par ailleurs S... a toujours gardé son appétit robuste et n'a jamais cessé de travailler; son poids en Janvier 1923 est de 70 kg. et n'a guère diminué le 23 Juillet de la même année, jour où le diagnostic d'ulcus pylorique étant posé, on décida de l'opérer: l'opération consista en une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Les suites opératoires furent normales et les résultats relativement éloignés, tellement bons que S..., se croyant guéri à tout jamais, négligea les conseils prodigués par son médecin et s'adonna de nouveau aux boissons alcoolisées et au tabac, se contentant d'absorber quelques poudres alcalines. Malgré ce manque total de discipline, l'accalmie dura 4 ans et S... soutint vaillamment les à-coups d'une vie mouvementée; c'est en Juillet 1927 qu'il sentit se réveiller ses anciennes douleurs dont le siège était nettement situé à gauche de l'ombilic et à son ni-

veau; elles étaient plus tardives, puisqu'elles n'apparaissaient que 3 ou 4 heures après les repas et s'accompagnaient très fréquemment de vomissements qui en général apportaient quelque soulagement; les mélœna devinrent quotidiens et des hématémèses nullement exceptionnelles s'y ajoutèrent; le malade subit même une crise de plusieurs jours, plus violente que les autres, où sans discontinuer, il vomit du sang; ces douleurs se caractérisaient par leur acuité: S... se couchait n'importe où, par terre, sur une table même et prenait la position en chien de fusil qui lui donnait l'espoir d'une prochaine sédation.

Vomissements, hémorragies, souffrances, insommies, tout contribuait à déprimer le malade dont le poids tomba rapidement à 55 kg. Le Kaolin, les alcalins et la diététique n'apportaient plus aucun changement, si bien qu'on se vit dans l'obligation de réintervenir.

On fit au préalable un examen radioscopique et on vit ceci: la baryte ayant rempli l'estomac s'écoulait assez rapidement par la nouvelle bouche et envahissait l'anse afférente qui apparaissait énormément dilatée et présentait l'aspect d'un second estomac inférieur; l'anse afférente bien remplie se vidait brusquement dans l'estomac, retournait sur ses pas, par conséquent: cette sorte de circulus viciosus fit poser le diagnostic de sténose cicatricielle de l'extrêmité supérieure de l'anse efférente, dûe à un ulcus peptique situé à cet endroit.

L'opération eut lieu en Septembre 1927. L'état de faiblesse extrême du patient exigea une transfusion de sang d'environ 500 gr., tant on redoutait une issue fatale au cours de l'intervention. A l'ouverture de l'abdomen on constata l'existence d'un bloc comprenant l'estomac, le côlon transverse, et des anses

grêles, le tout fortement uni par de multiples adhérences; on vit aussi, conformément à l'examen radioscopique, l'anse afférente énormément dilatée et l'anse efférente aplatie, ratatinée.

Malgré tous les efforts du chirurgien on ne put séparer les divers organes englobés par une telle périgastrite et comme au toucher le pylore semblait normal, on se résolut à tenter une jéjuno-jéjunostomie, sans résection de l'ulcère peptique: on referma en prévoyant la mort du malade dans un délai de quelques heures. La nuit suivante fut en effet très pénible: S..., «sentant sa mort prochaine», exigea la cigarette du condamné à la guillotine: on ne pouvait que se plier au désir du moribond: ceci prouve l'état précaire où il se trouvait. Le lendemain, on dut traiter les phénomènes d'acidose post-opératoire: S... souffrait de vomissements incoercibles et d'anurie, par ailleurs son pouls était petit et filant: des injections d'huile camphrée et de Théobryl «Roche» eurent assez rapidement raison de ces déficiences cardiaque et rénale.

Petit à petit l'état général s'améliora et bientôt le convalescent eut repris 5 kilos.

Revu en Août 1928, S... ne se plaint d'aucune souffrance, a gardé un excellent appétit; il prétend par ailleurs s'astreindre à un régime très strict, mais son entourage affirme qu'il ne peut se dispenser de boire plusieurs verres d'alcool par jour et lui-même avoue fumer encore 30 cigarettes journellement et seule la peur d'une récidive qu'il prévoit fatale le pousse à absorber les poudres alcalines ordonnées. Le résultat d'un tel manque de discipline ne se fait pas attendre: en Septembre 1928, il fait une nouvelle crise douloureuse très violente, pourtant sans hématémèse ni mélœna; le retour à une meilleure observation

des prescriptions médicales fait immédiatement cesser les douleurs et les autres phénomènes d'Hypéracidité concomittants.

S..., en Novembre 1928, ne gémit que sur la sévérité de son régime et déplore l'obligation où il se trouve de s'abstenir de sel et d'alcool; il lui suffit de neutraliser au fur et à mesure de sa production, l'hypéracidité gastrique, qui semble ici plus la conséquence que la cause de sa gastrite, à n'en pas douter d'origine éthylique.

Observation 21. — *(Inédite).*

Charles N... a été opéré en 1916 par Lejars d'un ulcère du pylore, par gastro-entérostomie. Cette intervention n'a jamais amené de soulagement complet, aussi en 1925, le 25 Novembre, il entre dans une clinique chirurgicale à Neuilly; le malade, alors âgé de 33 ans, n'a pas de douleurs excessives, mais se plaint surtout d'une sensation de dilatation gastrique énorme, très pénible, qui s'accompagne de ballonnement du ventre; cette gêne est soulagée par des vomissements assez fréquents. La radio confirme la sensation de dilatation: on voit en effet un estomac très augmenté de volume. On décide d'intervenir; on ouvre le 29 Novembre et on trouve:

1° Un rétrécissement duodénal portant sur la 3e portion, avec un duodénum dilaté comme un ballon, en amont.

2° Une torsion de l'anse au niveau de l'anastomose gênant

le fonctionnement de celle-ci qui est souple et de bonne largeur.

On anastomose la 2e portion du duodénum et le jéjunum; un peu au-dessus, on pratique une jéjuno-jéjunostomie avec redressement de l'anse tordue. Guérison sans incidents, avec très grande amélioration fonctionnelle. Le malade quitte la clinique le 10 Décembre 1925.

Ce sont là les renseignements que nous avons recueillis sur la copie de la fiche d'observation que la clinique de Neuilly a bien voulu nous communiquer.

Un mois après cette seconde intervention, la grande amélioration fonctionnelle a disparu et le malade successivement souffre de colite avec selles molles et glaireuses, puis de constipation, enfin de nouvelles douleurs épigastriques; en Septembre 1926, le poids est de 59 k. 100. En Octobre, l'état est le même, constipation et douleurs épigastriques precoces, calmées d'ailleurs par la gastrosodine. A la radioscopie, on trouve un estomac oblique terminé par un cul-de-sac; le néo-pylore fonctionne bien; on note de fortes contractions qui ont pour conséquence une évacuation totale en 20 minutes, donc très rapide; 12 heures après l'ingestion de baryte, on trouve celle-ci dans le cœcum; 24 heures après, le côlon transverse commence à être envahi; il est totalement imprégné à la quarantième heure.

On décide de mettre le malade au régime des hyperchlorhydriques et l'on traite sa colite et son syndrôme par kaolin, gélose, belladone, formocarbine et panbiline.

Le 15 Octobre 1926, le malade revient, se plaignant toujours de douleurs post-prandiales très précoces. De plus, en dix jours, il a maigri beaucoup et ne pèse plus que 57 k. 800. Il accepte de se soumettre à un rigoureux régime, auquel

on associe une légère médication par la codéine; ce nouveau mode de traitement a fait disparaître les douleurs, mais se heurte bientôt à une intolérance invincible pour le lait.

Grâce à un régime légèrement modifié, N... a repris 700 gr. pour le 20 Novembre; ce mieux se s'est pas accentué le 18 Décembre, mais les douleurs n'ont pas repris ; seulement à la palpation on localise un point douloureux au niveau et à gauche de l'ombilic, et à l'endroit de la nouvelle bouche. Le 29 Janvier 1927, N... est revu, il a maigri (58 k.) et se plaint d'une reprise des douleurs ; malgré le régime strictement suivi, le 26 Février la balance n'accuse plus que 53 k. 400 : néanmoins les douleurs ont cessé et le malade traîne vaille que vaille jusqu'en Janvier 1928 où il fait une forte crise douloureuse avec selles noires persistantes; la recherche du sang dans les selles est positive comme on s'y attendait. On met le malade à l'eau de chaux et l'intervention pour ulcus peptique est décidée.

Le diagnostic en effet a été longtemps hésitant; l'hypothèse d'ulcus peptique avait contre elle la précocité des douleurs et leur manque d'acuité, mais était appuyée sur la localisation d'un point douloureux péri-ombilical et sur la constatation de mélœna. De plus, deux opérations précédentes pratiquées sur l'estomac pour ulcus gastrique devaient faire penser à une récidive ulcéreuse, la seconde surtout, qui comprenait l'exclusion du pylore: nous avons vu, à propos de l'étiologie et nous verrons, au chapitre de la prophylaxie, que cette méthode opératoire est une des causes principales de la formation d'un ulcus peptique; on pouvait donc poser ce diagnostic d'une façon à peu près certaine; pour ne rien laisser au hasard on fit des radiographies en série et l'on fut assez heureux pour y découvrir le signe caractéristique de l'ulcus peptique, la niche ou diverticule.

Nous reproduisons ci-contre un de ces clichés et l'on aperçoit au milieu d'une zone claire qui représente la périgastrite lacunaire, une sorte d'encoche ou de niche en plus sombre.

La certitude de l'existence d'un ulcus peptique du jéjunum est donc établie. Les détails précités du traitement médical prouvent assez son efficacité et suffisent à expliquer la décision radicale qui est prise.

L'opération a lieu le 20 Février 1928. Anesthésie à l'éther. Le chirurgien pratique une laparatomie médiane sus-ombilicale et tombe sur un bloc comprenant l'estomac, le transverse et des anses grêles: tous ces organes sont réunis les uns aux autres par des adhérences; l'estomac fixé dans la profondeur ne se laisse pas amener; il est impossible également d'extérioriser le côlon transverse; au niveau de la face postérieure de l'estomac on sent une grosse masse qui doit correspondre à l'ancienne gastro-entéro-anastomose, entourée de périgastrite.

Un seul procédé paraît possible: c'est la gastro-entérostomie antérieure qui est aussitôt pratiquée.

Malgré une bronchite post-opératoire avec toux et crachats, le malade sort 15 jours après l'opération. Les résultats immédiats laissent à désirer puisque le 24 Mars, le poids de N... est de 51 k. 100. On continue l'eau bromoformée employée depuis l'opération et les douleurs restent abolies. La courbe du poids est ascendante depuis lors: 51 k. 600 le 14 Avril, 54 k. le 5 Mai, malgré un léger retour de colite. Enfin Juillet, N... pèse 56 kilos qu'il a gardé jusqu'en Novembre 1928; à cette époque, il ne se plaint d'aucune gêne post-prandiale, grâce à un régime assidu: abstention de porc, de sauces, de fritures et de pain: c'est là, somme toute, un régime assez large; voici d'ailleurs son

régime journalier: au lever, café au lait (2 parties de lait pour une de café); 8 heures, 3 biscuits; 10 heures, café au lait; 13 heures, soupe aux légumes, pommes de terre, purée de pois ou épinards, viandes grillées, eau fraîche. Un quart d'heure après, 2 cuillers à café de poudre Eupeptase; 16 heures, 3 biscuits et Eupeptase. Une heure après le très léger repas du soir, il prend encore un peu de poudre Eupeptase. De plus, il emmène toujours avec lui un peu de lait ou de tapioca au lait qu'il absorbe d'heure en heure. Sur notre remarque que le café lui est néfaste, il nous fait constater qu'il ne sert qu'à aromatiser son lait qu'il prendrait vite en dégoût.

L'état général de N... est très satisfaisant et lui permet l'occupation assez pénible de tourneur en fer.

Ceci semble être un cas très net de «maladie ulcéreuse», bien qu'actuellement on ne puisse prévoir un retour offensif du processus ulcéreux.

Observation 22 — (*Inédite*).

Henri C..., 58 ans, est venu pour la première fois au dispensaire St-Camille le 15 Février 1927.

Depuis deux mois il ressent des douleurs épigastriques, à horaire variable, s'irradiant dans le dos et calmées par l'ingestion. Ces douleurs sont vives au point que le malade se penche en avant et se trouve soulagé en appuyant sur le creux épigastrique. Toutefois survient un vomissement alimentaire libérateur: jamais d'hématémèse. Les fonctions intestinales sont régulières,

mais l'intéressé, averti, a remarqué parfois des mélœna.

Tous ces symptômes, malgré la conservation de l'appétit, ont provoqué un amaigrissement considérable de 17 kilogs.

Dans ses antécédents, on a remarqué l'évolution caractéristique de l'ulcus gastro-pylorique: périodes douloureuses de 10 à 15 jours séparées par des accalmies de plusieurs mois, ayant débuté dans l'adolescence; cet ulcus a finalement amené un rétrécissement pylorique et en 1918 on fut obligé de pratiquer une gastro-entérostomie transmésocolique. Pendant 10 ans, le malade ne ressentit que quelques vagues douleurs qu'il calmait avec de l'eau de chaux.

Depuis deux mois, le tableau clinique avait changé: les douleurs étaient plus intenses, s'accompagnaient de vomissements et de mélœna. L'examen somatique montrait un malade amaigri, au teint terreux. L'épigastre n'était pas sensible, mais on provoquait une douleur vive à deux travers de doigt à gauche de l'ombilic.

L'histoire clinique, la douleur localisée à gauche et au niveau de l'ombilic permettaient de soupçonner un ulcère jéjunal que confirma la radioscopie.

Celle-ci, en effet, montra un estomac allongé, bilobé, retréci en son centre, sur une longueur de 6 cm., douloureux à la pression: de ce centre partait la bouche jéjunale très douloureuse et déformée; les deux poches remplies de baryte n'étaient pas douloureuses: grosse poche d'air supérieure. Pas d'évacuation par le pylore, la baryte s'éliminait par la bouche anastomotique en 1 h. 30. En somme, ulcus peptique avec périgastrite ayant infiltré et retréci la portion médiogastrique de l'estomac.

Le traitement par les pansements gastriques et les antispas-

modiques atténuèrent les douleurs; le poids passa de 58 à 64 kg. néanmoins le malade conservait une certaine sensibilité tenace de la région ombilicale, qu'expliquait bien la périgastrite.

Le 7 Novembre 1928, le malade revint pour une diarrhée intense: 10 à 15 selles liquides avec quelques débris alimentaires par 24 heures: amaigrissement de 10 kg. La radioscopie permit de conclure à une fistule colique: l'estomac se vidait en 15 minutes par la bouche chirurgicale; fait assez curieux à la radioscopie, les côlons distendus par les gaz étaient visibles sur toute leur longueur.

Le chimisme gastrique permit d'écarter le néoplasme gastrique: il révélait la présence d'HCL libre (0 gr. 73 Chlore total 3 gr. 42; acidité totale 1 gr.85; Chlore combiné 1 gr.55; présence de sang, d'acides lactique et butyrique.

Malgré nos conseils, le malade entra trop tard à l'hôpital pour être opéré: il y mourut le 12 Décembre. A l'autopsie on trouva l'estomac, le jéjunum et le côlon transverse agglomérés en une masse compacte. Après une dissection laborieuse, on trouva un ulcus peptique faisant communiquer l'anse efférente jéjunale avec le côlon transverse par un orifice de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

ETUDE CLINIQUE

Chez tout gastro-entérostomisé, on constate dans les quelques mois qui suivent l'intervention, une amélioration très nette : les douleurs ont disparu, l'appétit bien que rarement diminué, a augmenté, et petit à petit le malade a repris des forces. Il est des cas pourtant, où aussitôt après la gastro-entérostomie l'opéré ne présente aucune amélioration ; bien au contraire les phénomènes douloureux et dyspeptiques s'accentuent et poser un diagnostic précis à ce moment-là est chose très délicate ; c'est ainsi parfois qu'on assiste, hésitant à réintervenir, à la formation d'un nouvel ulcus, cette fois sur le jéjunum ; cet ulcère secondaire peut causer la désagréable surprise de donner lieu à une perforation ; la laparotomie qui s'ensuit fait alors découvrir la récidive dont l'existence ne pouvait guère être affirmée par la clinique.

Pour en revenir aux suites habituelles de la gastro-entérostomie, le convalescent reprend goût à une vie plus gaie et est tenté de se mettre sur le même pied que ses commensaux, sans se douter que des petits écarts de régime, on en arrive aux grands ; les alcalins tant recommandés sont peu à peu relégués au fond d'une ar-

moire, les ordonnances médicales sont considérées comme de vieilles sornettes et aveugle volontaire, le gastro-entérostomisé se prépare lentement mais quasi-sûrement une récidive.

Cet intervalle libre est plus ou moins long et dépend des multiples causes que nous avons énumérées au chapitre de l'étiologie : parmi les observations recueillies ou inédites que nous publions, voici dans quelle proportion de temps, se sont déclarées les récidives : onze fois sur vingt-deux cas, ce fut dans les douze premiers mois ; ensuite la proportion est sensiblement la même pour les autres années jusqu'à onze ans ; au delà la récidive est exceptionnelle. On voit par cette courte statistique, que l'ulcère peptique apparait 50 % des fois dans l'année qui suit la gastro-entérostomie ; cette proportion serait beaucoup plus élevée si l'on tenait compte des observations où l'on rencontra jusqu'à trois ou quatre récidives ; le malade 9 eut à déplorer un premier ulcus jéjunal un an après la gastro-entérostomie ; moins d'une année plus tard on constatait une nouvelle récidive ; il en est de même du 15 qui deux mois après la première intervention en subit une seconde pour perforation d'ulcus peptique ; six mois après celle-ci on réopérait pour un accident identique ; en général, dans ces observations, la première récidive est précoce, mais que dire du 14 qui sentit renaître ses douleurs six ans après la gastro-entérostomie ; opération immédiate, qui fut suivie 43 jours plus tard, de la perforation d'un autre ulcus inexistant ou passé inaperçu ; cinq mois après on réintervint de

nouveau pour un ulcus jéjunal ; la guérison dura six mois seulement, car une quatrième récidive nécessita une cinquième opération ; à quand la suivante ?

Le gastro-entérostomisé dès le lendemain de son opération, peut donc s'attendre tous les jours à un retour offensif du processus ulcéreux ; le danger sera imminent si le sujet est jeune et surtout s'il ne se confine pas, quant à son régime, dans de strictes limites. Evidemment la fortune, aveugle ici aussi, peut sourire aux audacieux, aux récalcitrants mais ceux-ci ne sont tels que parce qu'ils ignorent quel sort malheureux les guette ; nous nous efforcerons d'en brosser un tableau aussi vrai que possible.

Le convalescent, après un léger écart de régime ou un oubli quelconque quant aux prescriptions thérapeutiques telles que l'absorption fréquente d'alcalins, n'a ressenti aucun trouble digestif et enhardi par cette sorte de succès, s'est permis, à titre d'essai, une augmentation de sa ration alimentaire ; pour un sujet ayant souffert de la faim pendant de longues années, essayer un tel régime « c'est l'adopter » ; ce qu'il y a de surprenant, c'est que bien souvent aucun malaise ne survient et l'opéré a beau jeu de railler son médecin et ses rengaînes ; mais « tout vient à point à qui sait attendre » ; petit à petit en effet les heures post-prandiales sont troublées : pas de véritable indigestion, uniquement une certaine gêne avec sensation de pesanteur ; l'estomac semble gavé et bouché en même temps, ce qui prouve nettement un retard de l'évacuation gastrique. Toute la

période digestive est occupée par le malade en éructations incessantes, en allées et venues répétées qui semblent apporter quelque soulagement à cette impression pénible ; bien souvent aussi il s'y ajoute des signes d'hyperacidité : la simple gêne est remplacée par de véritables douleurs et les éructations par des régurgitations acides qui impressionnent défavorablement le patient. Celui-ci, pris de peur, se remet souvent de lui-même à son traitement diététique et thérapeutique antérieur et le danger semble momentanément écarté. Bientôt en effet, le mécanisme de récidive étant déclanché, ni le régime, ni les alcalins et les ustringents ne peuvent enrayer la marche en avant du processus ulcéreux et l'on arrive à poser le diagnostic d'ulcus peptique dont voici les principaux types chimiques.

Le premier, le plus communément rencontré, est la copie exacte de l'ulcus gastrique dont il représente tous les signes, mais avec siège de la douleur abaissé au niveau et à gauche de l'ombilic ; c'est la forme régulière par excellence, appelée encore forme chronique simple, dont le symptôme prédominant et en même temps le plus constant est l'élément douloureux ; les douleurs en effet sont souvent les premières à apparaître et se distinguent en outre des autres douleurs à siège épigastrique par leur acuité et leur rythme ; cette acuité est notée dans neuf cas sur dix, tant elle est frappante et tant le patient insiste sur elle, en employant des expressions imagées qui reproduisent bien les différentes positions qu'il prend et les contorsions auxquelles il se

livre pour essayer de trouver quelque apaisement à ses souffrances : « à se rouler par terre », « je me pliais en deux », « je me tordais de douleurs ». E. S. (obsersation XX) nous disait après son opération salvatrice : « si ces douleurs me reprenaient, je crois que je me tuerais », voulant prouver par là avec quelle extrême violence il souffrait ; ce même malade insistait aussi sur ce fait que les douleurs de la récidive étaient beaucoup plus fortes et plus rebelles au traitement que celles de l'ulcus primitif. Le malade, à ce moment, quand il recherche un peu de repos se recroqueville dans son lit et choisit la position en chien de fusil, qui passe pour atténuer sa souffrance et qu'il garde jalousement en se cantonnant dans une silencieuse et anxieuse immobilité.

Brusquement en 24 heures, une accalmie survient et peut durer plusieurs jours, voire plusieurs semaines ; ce rythme est une particularité remarquable et jouit d'une constance presque égale au précédent symptôme : presque toutes les observations signalent en effet que les douleurs apparaissent, sans doute très violentes, par crises ou périodes assez régulières pour un même sujet, périodes séparées par des intervalles de quiétude complète qui fait croire à la guérison ; ces intervalles sont en général plus longs que les crises douloureuses et ce n'est pas pour déplaire au malade qui redoute celles-ci comme un accusé redoute l'échafaud.

Durant ces périodes de souffrances quasi ininterrompues, on note une prédominance marquée des douleurs longtemps après le repas : celles-ci sont « superlatives »

le plus souvent et surviennent, dans la majorité des cas, de quatre à cinq heures après l'indigestion alimentaire : certains auteurs ont cru même remarquer que ces accès douloureux se produisaient plus facilement la nuit ; cette prédominance nocturne pourrait s'expliquer par ce fait que la nuit, les douleurs de n'importe quelle nature, semblent plus violentes ; en réalité elle n'est guère reconnue et d'ailleurs ne ferait que confirmer la règle de « l'hypertardivité » de ces douleurs. Celles-ci présentent encore ce caractère d'être, 50 °/₀ des fois, calmées par l'ingestion d'aliments ou d'alcalins et s'accompagent d'une « sensation de faim douloureuse », comme dans l'ulcus duodénal typique, et le malade les compare à de véritables crampes.

Le siège ou mieux la localisation des douleurs est assez peu précis, tant pour la longitude que pour la latitude : On s'accorde à reconnaître que le plus souvent ce siège est la région périombilicale avec prédominance assez marquée à gauche et au dessous de l'ombilic : « un peu au dessus et plus souvent un peu au dessous du niveau de l'ombilic » disent Delore et Creyssel. On s'est plu même à constater une irradiation dans le dos relativement fréquente ; les cas d'irradiation vers l'épaule gauche ou l'abdomen sont exceptionnels ; ces faits ne sont pas signalés dans nos vingt deux observations, nous avons remarqué que les cas de douleurs occupant tout l'abdomen ne sont pas rares et nous concluons que le malade bien souvent souffre trop dans sa région épigastrique pour pouvoir délimiter exactement le siège

de ses douleurs ni surtout indiquer leur orientation.

Les vomissements sont un symptôme moins constant : il est même rare ; Gutmann et Jahiel n'en ont trouvé que un cas sur deux ulcus petiques ; pour nous, dans l'observation XX, nous avons vu E... S... avoir des vomissements en assez grand nombre : chez ce malade la règle était que tout accès douloureux se terminait par un vomissement. Les hématémèses sont également assez rare, mais il est exagéré de les nier, comme l'ont fait... Delore et Creyssel dans le *Journal de Chirurgie* (Avril 1925), surtout pour la seule raison que ces auteurs n'en ont pas rencontré. Urrutia semble très surpris de pareille affirmation et maintient fermement que l'hématémèse, sans être fréquente, n'est pas exceptionnelle, ni même rare puisque le fait lui a été souvent communiqué, qu'il l'a rencontrée lui-même assez souvent et que dans certains cas elle a été le « symptôme initial. Parmi nos quatre observations inédites (XIX, XX, XXI, XXII) la deuxième, celle de E... S... est seule, à présenter cette particularité : Ce n'est donc pas là un symptôme constant, ni même fréquent ; il n'en est pas autrement pour les mélœna, bien que, pour notre part, les quatre observations précitées aient ce caractère : chez chacun en effet ou bien les selles étaient noires ou bien la recherche chimique du sang dans les selles était positive : nous avouons que c'est là simplement le fait d'une série heureuse, puisque sur les dix-huit observations recueillies on ne retrouve que 5 cas, ce qui fait donc en tout une proportion de 9/22 soit

près de 45 °/₀.

Ce sont là, au point de vue clinique, les symptômes les plus constants et qu'il faut bien rechercher : un interrogatoire serré et bien mené suffit à les fournir. De plus, l'examen physique peut lui aussi fournir sa part de renseignements, bien que ceux-ci soient d'un intérêt secondaire et ne sont jamais nécessaires : la localisation d'un point douloureux est très difffcile et ne doit normalement se faire, pour avoir quelque valeur que sous l'écran ; d'ailleurs la douleur provoquée est souvent inexistante et l'on ne sent en général par la palpation qu'une « résistance localisée dans la région sous ou para-ombilicale » et encore ne constate-t-on ce fait que durant les périodes douloureuses.

Quant à la sensation d'une tumeur, la chose a été très discutée et les avis sont partagés : Gosset en 1906 *(Revue de Chirurgie)* a décrit une forme d'ulcère peptique du jéjunum avec tumeur palpable ; Leriche, dans le *Lyon Chirurgical* du 10 Décembre 1925, relate une erreur de diagnostic : il crut à un cancer inopérable, après la palpation d'une énorme tumeur infiltrant le mésocôlon ; l'opération, tentée quand même montra qu'il s'agissait au contraire d'un ulcus peptique de petit volume, mais entouré d'une volumineuse masse inflammatoire enveloppant le mésocôlon transverse et le mésentère ; on ne doit donc pas s'étonner de rencontrer de temps à autre ce signe, que l'on peut néanmoins considérer comme exceptionnel ; Gutmann et Jahiel avouent n'avoir jamais observé cette forme.

On serait d'autant plus poussé dans ce cas à affirmer l'existence d'un cancer, que, chez les sujets atteints d'ulcus peptique, on note un amaigrissement rapide, associé à un mauvais état général, mais ce qui évite de commettre cette erreur, c'est la conservation de l'appétit qui parfois même est exagéré : c'est le cas de E... S... (observation XX) dont un des principaux ennuis était de ne pouvoir satisfaire un appétit toujours en éveil ; de même alors on constate du clapotage à jeun et le chimisme gastrique, bien que rarement utile, prouve l'existence fréquente de retention, avec hyperacidité (obs. 22) l'hypoacidité n'a jamais été signalée et sa présence semble incompatible avec celle d'un ulcus peptique.

La percussion délimite un grand estomac, ordinairement abaissé. Pour être complet, disons encore que le péristaltisme manque presque toujours et doit passer pour exceptionnel.

Quoi qu'il en soit l'ulcus peptique post-opératoire du jéjunum apparait, dans la grande majorité des cas, tel que nous venons de le décrire, caractérisé surtout par des douleurs, d'une violence extrême, à horaire fixe mais « hypertardif », survenant par crises périodiques, séparées par des intervalles plus longs qu'elles.

C'est là, nous avons dit, la forme chronique simple, la plus régulière. A côté d'elle, il en est d'autres qui s'en différencient par leur début moins brutal, ou par leur allure désordonnée : c'est ainsi qu'on a décrit un type moins régulier, avec crises douloureuses peut-être

plus violentes, mais beaucoup plus courtes et au type irrégulier ; dans celui-ci les douleurs surviennent brusquement et cessent de même ; elles n'ont aucun rapport avec les repas et s'accompagnent d'alternatives de constipation et de diarrhée ; cette forme s'accompagne souvent d'hématémèses et de melœna, bien que ceux-ci puissent également se rencontrer dans les formes plus habituelles. — Il est évident que le signe le plus probant de l'ulcus peptique est la vue même de la lésion après une laparatomie soit exploratrice soit opératoire, mais c'est là une méthode de diagnostic qui ne peut être pratiquée dans les cas très fréquents où la récidive n'est représentée que par quelques troubles dyspeptiques survenant à distance après une gastro-entérostomie : comme l'indication opératoire ne peut alors être envisagée on ne peut affirmer l'existence d'un ulcus peptique, mais il est presque hors de doute qu'on a affaire à un ulcus à forme « semi-latente ou larvée » ; le traitement médical a souvent raison de ces troubles passagers, mais la menace d'une complication, telle qu'une perforation, est toujours imminente ; c'est pourquoi malgré toutes ces formes insidieuses et bénignes en apparence, suit souvent un pronostic très sombre.

Leriche distingue encore une forme à oblitération, progressive et une forme bénigne : celle-ci se caractérise par des douleurs très vives et des vomissements qui cèdent les uns comme les autres au traitement médical, tandis que la première nécessite, par son allure

progressive et la rapide dénutrition du sujet, une intervention précoce ; cette forme sténosante est dûe à une forte réaction inflammatoire au niveau de la cicatrice de gastro-entéro-anastomose et se rappoche beaucoup du type d'ulcère prépylorique.

La sténose totale du néo-pylore peut succéder à cette sténose partielle ; heureusement son existence a été rarement constatée et cette forme peut à juste titre être considérée comme exceptionnelle.

Plus fréquente est la forme suraiguë : il s'agit ici de la perforation d'un second ulcus quelques jours ou quelques semaines après la gastro-entérostomie ; on s'efforce d'expliquer cela par la présence d'un ulcère passé inaperçu au cours de l'intervention, qui, par ses traumatismes inévitables, aurait favorisé la marche du processus ulcéreux et provoqué la complication ; cette hypothèse n'est guère admise par les chirurgiens qui y voient un reproche à leur adresse ; ils prétendent au contraire que ce second ulcus n'existait même pas à l'état latent, mais qu'il a été créé et a évolué aussi rapidement grâce au shock opératoire. A l'heure actuelle le problème n'est pas résolu et nous nous garderons bien de trancher la question.

Ayant passé en revue les différentes formes cliniques qu'on peut rencontrer et les principaux signes cliniques et physiques particuliers à chacune de ces formes, nous abordons l'étude du diagnostic radiologique : certes, les aspects sont infiniment variés, mais nous nous efforcerons de rester dans le cadre des cas

le plus communément observés.

Empressons-nous de dire que l'examen radiologique doit être pratiqué le plus souvent possible ; pour tout le tube digestif et ici en particulier, son concours a toujours été très efficace.

La radioscopie n'est pas indispensable : l'œil en effet est moins sensible que la plaque photographique et surtout moins apte à délimiter avec précision les contours de l'ombre portée sur l'écran, ceci pour la recherche des signes directs de l'ulcus, par contre, si l'on veut apprécier l'évacuation de l'estomac par le néo-pylore et, a fortiori, si l'on veut juger de la perméabilité du pylore antérieurement obstrué par le voisinage du premier ulcère, on se doit d'avoir recours à elle et un examen de ce genre permettra, le cas échéant, de pratiquer une « dégastro-entérostomisation », qui est le traitement de choix de l'ulcus peptique accompagné de sténose du néo-pylore. Quant à localiser le point douloureux sur la bouche anastomotique ou sur l'anse le concours de la radioscopie est sans doute utile, mais il n'en reste pas moins vrai que ce signe a une valeur toute relative.

C'est donc surtout à la radiographie que l'on doit recourir et ce fait est un des nombreux points de similitude entre l'ulcus peptique et l'ulcus duodénal. La première chose qui frappe l'observateur, c'est la déformation du contour de la bouche : il semble qu'on soit en présence d'une image de cancer avec ses zones claires qui correspondent aux formations néoplasique ; ici la

signification est différente et l'on se trouve en présence de lésions de « périgastrite lacunaire » qui correspond à de multiples adhérences groupées en une masse volumineuse : ces plages claires, très fréquentes, sont entourées ou mieux délimitées par des encoches irrégulières à bords flous ; en outre, elles permettent de mieux se rendre compte de l'existence d'une niche, signe caractéristique de l'ulcus peptique, surtout lorsque celle-ci siège sur une portion de l'anse proche de la bouche ou sur la bouche elle-même ; la présence de la niche est classiquement une chose rare et pourtant certains auteurs (1) se vantent de l'avoir trouvée dans tous les cas par eux observés ; ce n'est là ni prétention ni vanité déplacée, ce n'est que le résultat d'une méthode faite toute de patience et de travail : afin de ne rien laisser dans l'ombre ni au hasard, ces auteurs se sont adressés aux radiographies en série, la seule méthode, à notre avis également, capable de « mettre en lumière les signes positifs de l'ucus peptique ».

C'est elle qui nous a permis dans le cas de Charles N... (observation XXI) de poser avec certitude le diagnostic d'ulcus secondaire : comme on a pu se rendre compte plus haut par le cliché que nous en reproduisons, cette image radiographique est classique : l'immense plage claire représente la périgastrite lacunaire et presque en son milieu on distingue nettement une sorte de con-

---

(1) Gutmann et Jahiel. *Archives des maladies de l'appareil digestif*. Décembre 1927.

duit assez court et rendu opaque par l'injection barytée et qui n'est autre que la niche pathognomonique.

Cette niche, Delore et Creyssel l'ont appelée « encoche diverticulaire fixe » et sont également d'avis qu'il faut la considérer comme un signe indiscutable d'ulcère peptique, mais ajoutent, selon l'opinion la plus commune, qu'il n'y faut pas trop compter. Plus haut, nous avons indiqué que les radiographies en série étaient le meilleur moyen de découvrir la niche caractéristique ; il en est un autre, que celui-ci complète d'ailleurs, c'est « l'injection barytée élective de l'anse efférente à la soude d'Einhorn » ; ce procédé très ingénieux permet de découvrir une niche jusque là introuvable et a même permis à Gutmann et Jahiel « d'injecter électivement la niche à l'exclusion de l'anse efférente et de faire prendre des clichés de cette niche seule restée opaque.

Tout le monde malheureusement ne peut arriver à une pareille habileté et le temps manque parfois pour poursuivre une étude, délicate pourtant, aussi doit-on souvent se contenter de signes moins probants, mais plus constants. La dilatation gastrique est de ceux-là : on aperçoit un estomac de forme ampullaire, dont le bas fond est abaissé ; on note un sérieux allongement vertical, accompagné d'un élargissement latéral : les différentes parties de l'estomac ont donc augmenté de surface, à part la région supérieure qui ne s'est guère modifiée. Cette dilatation, totale et souvent énorme, entraîne la disparition des festons de Kerfil : c'est là un aspect assez constant, qui a quelque importance, mais qui

demande une particulière netteté des clichés radiographiques.

Il arrive quelquefois en cas de rétention alimentaire par exemple de constater, en plus du grand volume de l'estomac, une énorme dilation duodénale, ou même de l'anse afférente jéjunale : ceci est dû à un mauvais fonctionnement de la bouche anastomotique, causé par la présence toute proche d'un ulcus peptique qui provoque une sténose nouvelle : le duodénum et l'anse afférente peuvent s'être remplies par deux voies différentes : par le pylore dont la perméabilité est rétablie grâce à la cicatrisation de l'ancien ulcus, la nouvelle bouche ne fonctionnant plus, ou bien, ce qui est arrivé dans une de nos observations, par l'anse afférente elle-même, l'obstacle siégeant à l'extrémité supérieure de l'anse efférente et n'obstruant pas le néo-pylore ; l'anse efférente est alors aplatie contre sa collègue trop repiète, qui s'évacue dans l'estomac, formant ainsi une sorte de « circulus viciosus », bien qu'ici le circulus ne soit qu'un aller et retour, un va-et-vient.

Ces derniers symptômes, dilatation stomacale, duodénale et de l'anse afférente ne relèvent pas forcément de la radiographie ; la radioscopie peut très bien fournir ces renseignements, et, grâce à elle, il est plus facile en l'absence de niche, de localiser l'obstacle soit sur la bouche elle-même, soit sur la partie supérieure de l'anse efférente, car on constate par quelle voie s'emplit le duodénum et aussi par quelle voie il évacue son contenu. Elle permet en outre de juger de la rapidité d'é-

vacuation, sans pour cela que d'heure en heure on doive tirer un cliché ; en cas de rétention alimentaire, on peut juger du péristaltisme exagéré tant de l'estomac que de l'anse afférente lorsque celle-ci trop dilatée cherche à expulser son trop-plein. Une contraction spasmodique réflexe peut d'ailleurs être provoquée par une simple pression de la main dans la région épigastrique : l'estomac particulièrement sensible se contracte alors énergiquement.

Il ne faudrait pas croire, après cela que l'ulcère peptique s'accompagne toujours d'hyperpéristaltisme, loin de là, le péristaltisme est plus souvent insuffisant et défectueux : l'évacuation lente de l'estomac amène sa dilatation et la stase qui s'ensuit est un facteur très important, comme nous l'avons vu, dans la formation des ulcus peptiques.

Quant au diagnostic radiologique des complications nous y viendrons dans le chapitre suivant consacré à ces dernières.

COMPLICATIONS

C'est la 3e période de l'évolution de l'ulcus peptique, si l'on veut envisager une première période qui correspond à l'intervalle libre et une seconde ou période d'état.

La complication que nous examinerons d'abord est la plus fréquente et une des plus redoutables : c'est la fistule jéjuno-colique. Nous avons vu au chapître de la pathogénie que l'ulcère une fois formé, a tendance à perforer la paroi jéjunale, et il arrive que grâce à de multiples adhérences, cette perforation se produise en regard du côlon : celui-ci fait « tampon » quelque temps, puis, une à une ses tuniques cèdent devant le processus ulcéreux et ainsi se constitue la fistule jéjuno-côlique qui permet aux aliments de passer, dès leur sortie de l'estomac, dans le gros intestin. Comme bien l'on pense, cet accident ne passe pas inaperçu et voici quels en sont les principaux signes. Les douleurs, qu'on pourrait croire violentes, sont rarement augmentées et présentent cette caractéristique d'être généralisées ; leur irradiation est à point de départ ombilical, sans pour cela qu'on puisse en découvrir le siège précis ; mais ce qui frappe

le plus l'entourage du malade c'est son amaigrissement extrêmement rapide, qui s'explique aisément par la non-absoption des aliments, dûe au passage trop accéléré de ceux-ci ; les aliments en effet mâchés, triturés et malaxés par les dents, la salive et le suc gastrique, arrivent en cet état dans le côlon où ils subissent peu de variations et provoquent au contraire une diarrhée post-prandiale incoercible ; deux ou trois heures après le repas, le malade évacue des selles blanches, graisseuses, très liquides, où l'on reconnaît souvent des aliments récemment ingérés ; cette lienterie fait place parfois à des intervalles de constipation opiniâtre ; les selles s'accompagnent de temps à autre de melœna ; par ailleurs, l'examen microscopique y fait trouver des parcelles d'aliments non digérés. Ceci suffirait déja à accélérer l'amaigrissement du patient ; à cette œuvre néfaste collaborent encore des vomissements bilieux ou alimentaires, d'odeur infecte, fécaloïde. Le lavage gastrique ne ramène de « débris fécaux » qu'en cas de fistule gastro-colique large, circonstance que nous n'envisageons pas, puisque nous nous cantonnons dans l'étude de la fistule jéjuno côlique où une telle recherche est exceptionnellement positive.

Les vomissements sont accompagnés ou remplacés par des éructations fréquentes, d'odeur fétide, qui impressionnent très mal l'intéressé ; c'est là un signe de très grosse valeur et parfois le premier à permettre le diagnostic de fistule jéjuno-côlique.

L'inspection de l'abdomen révèle un ventre un peu ballonné et l'on constate assez souvent des ondes péris-

taltiques. La palpation fait découvrir un clapotage très net au niveau du côlon droit siège fréquent du péristaltisme remarqué.

Cette complication tend à se raréfier encore grâce au procédé opératoire de la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de plus en plus employé.

La plupart des fois les signes que nous venons d'énumérer suffisent à affirmer la fistulisation dans les cas douteux et s'il y a possibilité, on peut avoir recours à la radiographie qui fournit des renseignements indiscutables : La baryte ingérée passe ainsi d'une façon visible du jéjunum dans le côlon transverse et l'on peut fixer le siège précis de la fistule. En cas de vomissements qui empêchent l'absorption du liquide opaque on a recours au lavement baryté qu'on peut faire remonter jusque dans le jéjunum, voire même dans l'estomac : c'est là une image très démonstrative.

Si le diagnostic n'est pas posé d'urgence, de façon à permettre une opération immédiate, l'issue est fatale : la mort en effet survient avec une rapidité foudroyante, par dénutrition (obs. 22).

L'issue est encore fatale dans le cas d'une perforation de l'ulcus en péritoine libre : l'ulcus s'ouvre dans un espace inoccupé, où aucun organe ne peut faire tampon ; les aliments, au lieu de passer dans le côlon comme en cas de fistule jéjuno-colique, se déversent dans la cavité abdominale et y provoquent une péritonite mortelle, si l'on n'intervient à temps. Cette

complication survient brusquement et parfois sans causes apparentes, bien qu'on veuille parfois incriminer son repas copieux ou un effort violent ; en général le malade est en bonne santé et rien ne fait prévoir une telle éventualité. L'aspect chimique est frappant : le malade ressent une douleur atroce, en coup de poignard, qu'il ne peut localiser longtemps, car elle s'irradie dans tout l'abdomen, même jusqu'aux épaules ; la paroi abdominale est rétractée et tendue, et la palpation se heurte à un « ventre de bois ».

Le hoquet, des nausées ou des vomissements complètent parfois le tableau et redoublent les souffrances. Ce n'est qu'un début, bientôt en effet le ventre se ballonne, les anses intestinales se météorisent, au point de faire disparaître la matité hépatique ; à ce stade les vomissements sont la règle et progressivement deviennent bilieuses et fécaloïdes. Une anurie presque complète, avec arrêt absolu des matières et des gaz, achève d'anéantir le malade et l'on serait parfois tenté de croire à une obstruction intestinale, d'autant plus que la température peut faire défaut puisque l'on a observé parfois de l'hypothermie. L'état général faiblit, le pouls est filant, le faciès grippe « péritonéal », les membres se refroidissent et la mort survient par adynamie. Ce qui frappe le plus, dans ce cas, c'est la rapidité foudroyante des événements et, si l'opération n'est guère possible dans les vingt-quatre heures, l'issue est fatale.

Cette complication devient de plus en rare depuis

qu'on opère dès que le diagnostic d'ulcus jéjunal est fermement posé.

Si, aucune méthode opératoire n'a pu jusqu'ici protéger de cette complication, il en est une, celle de la gastro-entérostomie antérieure, qu'on a accusé à juste titre d'être cause directe de la perforation au péritoine cloisonné, qu'on a appelé « péritonite enkystée » : au moment de la perforation il se produit un plastron épigastrique qui limite ainsi le domaine de l'inflammation : cette forme a été considérée comme la « forme clinique essentielle lors du règne de la gastro-entérostomie antérieure et de l'abstention consécutive » (Delore et Creyssel). La formation de cet ulcus rétropariétal au milieu des adhérences n'a pas un début aussi brusque ; les douleurs du malade augmentent peu à peu, en même temps que s'installe une fièvre légère ; l'état général laisse à désirer et devient franchement mauvais ; le malade éprouve des nausées suivies parfois de vomissements ; le médecin hésite à diagnostiquer d'une façon précise et redoute de faire intervenir inutilement ; le repos et le régime qu'il ordonne amènent, contre toute attente, une véritable amélioration ; malheureusement celle-ci est de courte durée et les symptômes précédents réapparaissent. La palpation révèle un « plastron induré, adhérent à la paroi, mal limité, douloureux »... Nous verrons en parlant du traitement, qu'il est souvent délicat de se décider pour une intervention ou pour se contenter de l'expectative.

Une particularité curieuse de cet abcès rétro-pariétal, dûe à cette péritonite localisée et adhésive, est sa tendance à permettre au processus ulcéreux de continuer son œuvre corrosive ; on a cité un seul cas de fistule pariétale ou gastro-cutanée ; nous rapportons ce fait uniquement pour montrer la persistance, malgré quelquefois plusieurs opérations, d'une maladie ulcéreuse, au sujet de laquelle nous avons insisté plus haut.

Tavernier, dans le *Lyon Chirurgical* du 15 Mars 1923, a parlé du sphacèle du côlon par compression des vaisseaux mésocoliques, sphacèle qui peut encore être produit par thrombose de ces mêmes vaisseaux : c'est là évidemment une éventualité exceptionnelle que nous citons pour mémoire.

Bien moins rare est l'anémie dont le début insidieux et lent échappe par là-même aux yeux de l'entourage et du médecin : on ne remarque pas la pâleur exsangue du patient ou on l'attribue au fait de garder la chambre. Evidemment si cette anémie est dûe à de fréquentes hématémèses, l'erreur ne sera pas commise ; par contre les melœna peuvent très bien passer inaperçus : le malade déjà affaibli par un premier ulcère qui lui a imposé une diète partielle assez longue et un régime peu rémunérateur, vient de subir une opération très pénible qui l'a obligé a une nouvelle diète, totale cette fois, d'au moins dix jours, suivie parfois d'une alimentation nettement insuffisante. Si, pour comble de malheur, l'ulcus secondaire apparait quelques mois seulement après la gastro-entérostomie, on se trouve en présence

d'un malade dont l'état général est très bas. Il importe donc de rechercher régulièrement le sang dans les selles et si cette recherche est positive, l'intervention s'impose ; le patient, en effet, ne peut chercher à se suralimenter et par là courir le risque de surmener le néo-pylore et la branche jéjunale efférente ; par contre peut-on lui demander les ressources nécessaires à la tentative chirurgicale ? Le problème est angoissant car la vie du malade dépend de sa solution. Celle-ci doit être rapide et, comme on a pu le voir à l'observation 20, elle consiste en une opération précoce, après avoir pris soin de remonter l'état géaéral du malade par de copieuses injections de sérum artificiel et même par une transfusion sanguine, qui, dans le cas précité, a été pour E... S... la planche de salut.

DIAGNOSTIC

Les formes cliniques de l'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie sont donc variées à l'infini et chaque malade constitue pour ainsi dire une variété bien distincte. Il est cependant quelques règles à suivre dans l'examen de son malade ; l'interrogatoire de celui-ci et l'inspection abdominale ont-ils révélé une gastro-entérostomie antérieure, aussitôt les recherches doivent viser les conséquences possibles de cette opération : tout trouble dyspeptique grave ou bénin, devra être étudié à fond : il est peut-être le premier symptôme d'une récidive et à ce moment là, un traitement médical énergique aura peut-être raison des velléités de récidive ; on ne sera pas obligé d'attendre l'apparition de signes indiscutables pour prendre une ferme décision.

Plus tard, l'acuité, le rythme et la périodicité des douleurs, la radiographie montrant la « niche » caractéristique, la radioscopie révélant la mauvaise évacuation gastrique, la localisation sous l'écran d'un point douloureux para-ombilical seront autant de renseignements de grande valeur.

Si une perforation se produit, l'esprit, mis en éveil

par les signes précités, ne croira pas à une simple obstruction intestinale en cas de vomissements fécaloïdes et d'arrêt des matières et des gaz.

On ne croira pas davantage à une péritonite appendiculaire dont on vérifierait l'inexistence grâce à une opération inutile. On aura donc toujours à soupçonner comme cause la présence d'un ulcus peptique brusquement perforé.

Leriche en palpant une volumineuse masse abdominale crut à un cancer inopérable et découvrit un ulcère secondaire ; les signes qui différenciaient ces deux affections sont l'atteinte de l'état général et l'anémie plus fréquentes dans le cancer, la présence intermittente du sang dans les selles chez l'ulcéreux, constante chez le cancéreux. La présence d'une tumeur palpable n'est pas toujours, nous l'avons vu, un signe indiscutable de cancer. La radioscopie est ici très utile et permet de localiser le point douloureux fixe de la lésion ulcéreuse ; la radiographie est indispensable bien souvent : les bords de la lacune cancéreuse sont plus nets, plus tranchés, d'une seule courbe ou polycycliques et ne présentent pas cet aspect un peu flou de l'ulcus peptique avec périgastrite lacunaire : en ce dernier cas des radiographies en série font voir des formes variant chaque fois, grâce à la pression à travers la paroi abdominale ou à la distension gastrique, fait qui ne se produit jamais chez le néoplastique.

La périgastrite diffuse banal peut prêter à confusion, sinon à erreur ; pourtant son étiologie est spéciale : elle

survient en effet chez des sujets ayant subi de nombreuses opérations ; de plus, l'histoire de sa formation et de son développement est diffuse et ne peut amener un observateur averti à affirmer l'existence d'un ulcus, d'autant plus que ces phénomènes ne sont pas localisés à la bouche anastomotique ni dans son voisinage immédiat.

La difficulté est plus grande encore quant il s'agit de périgastrite lacunaire, qui accompagne souvent l'ulcus peptique et il arrive qu'on intervienne pour un ulcère secondaire inexistant : on ne peut en effet exiger de la radiographie la « niche » caractéristique et de la constatation de périgastrite lacunaire on conclut à l'existence concomittante d'un ulcus. Pourtant sans ulcus, les douleurs ne présentent pas une acuité aussi grande et l'état général est moins touché ; celui-ci en effet est le plus atteint, d'abord dans le cancer, puis dans l'ulcère secondaire ; en cas de périgastrite simple, les forces diminuent beaucoup moins rapidement. La radioscopie permet de juger de la variabilité de formes des bords de l'image, qui sont flous. « La périgastrite lacunaire grignote la grande courbure et la creuse autour de la bouche » (Gutmann et Jahiel).

On voit un « halo » tout à fait caractéristique, surtout en radiographie. C'est la complication la plus fréquente des gastro-entérostomies et son diagostic d'avec l'ulcus peptique demande toujours un examen très approfondi.

Il faut conclure de ceci qu'en cas d'hésitation, il ne faut pas attendre que les symptômes se précisent et

recourir à la laparotomie, qui bien souvent, a le dernier mot.

PRONOSTIC

On peut envisager autant de pronostics que de formes d'ulcère secondaire ; nous avons vu que celles-ci sont nombreuses ; chacune a donc une allure particulière et une terminaison spéciale, bien que l'on puisse dire, comme pour toute maladie qu'il n'y a que deux façons d'en sortir : la guérison ou la mort à plus ou moins brève échéance.

L'avenir d'un sujet atteint d'ulcus jéjunal post-opératoire n'est guère brillant : des douleurs très violentes, par périodes répétées et parfois longues, une dénutrition marquée, un régime de vie désespérant, et la peur continuelle d'une perforation quasi fatale, voilà les compagnons inséparables de ce malade ; celui-ci se voit descendre une pente, sans aspérités où se raccrocher, avec au bas un précipice mortel. Une telle perspective le pousse heureusement à accepter une nouvelle intervention ; le résultat de celle-ci est parfois inespéré et la guérison est définitive, grâce néanmoins à une surveillance digestive constante. De temps à autre malheureusement on note une seconde récidive et l'on hésite à recourir encore à la chirurgie, car rien ne prouve qu'un

troisième ulcère ne viendra pas gâcher les travaux antérieurs, comme cela s'est vu maintes fois et comme on peut s'en rendre compte dans les observations 14, 15 et 16.

Que faire alors ? Persister à soigner par une thérapeutique médicale ? Neuf fois sur dix, c'est courir à l'échec et le malade s'achemine lentement et d'autant plus sûrement, vers la mort par cachexie, à moins que ne survienne brutalement une perforation. Cette circonstance est parfois providentielle, chez ceux qui peuvent subir une intervention chirurgicale, car elle permet d'espérer une guérison que le malade refusait par peur de l'opération. Malheureusement cette éventualité ne doit pas être souhaitée, car elle arrive souvent trop tard, chez des sujets fatigués, anémiés au plus haut point ; dans ce cas le pronostic est très sombe : l'intervention s'impose pourtant car la péritonite consécutive à la perforation en péritoine libre tue en 24 à 48 h., sans exception ; si, grâce aux adhérences, il s'agit d'une péritonite enkystée, avec abcès retro-pariétal, l'intervention pour être moins urgente n'en est pas moins indispensable, bien qu'on cite des cas de guérison spontanée, mais il n'y faut pas compter.

Reste la fistule jéjuno-colique ; nous avons vu que la dénutrition est extrêmement rapide et la mort fatale ; seule une opération peut sauver le malade dont l'avis ne devrait pas compter ; le médecin doit faire acte d'autorité et imposer sa décision ; il faut qu'il sache endosser une responsabilité, même s'il prévoit l'inutilité

de l'intervention (observation 22).

De telles constatations limitent un peu les beaux résultats de la gastro-entérostomie et ne sont pas faites pour enjoliver l'avenir des opérés de ce genre : elles serviront néanmoins à pousser le patient à suivre les prescriptions médicales, tant pour la diététique et la thérapeutique post-opératoires que pour l'indication d'une intervention nouvelle.

TRAITEMENT

Le vieux dicton « mieux vaut prévenir que guérir » trouve dans le traitement de l'ulcus peptique une application toute particulière : le malade redoute par dessus tout une récidive et sa conséquence habituelle, une réintervention ; le médecin de son côté a tout à craindre pour son client qui ne manquera pas d'imputer à sa maladresse le retour de ses souffrances ; aussi nous chercherons d'abord à envisager les précautions à prendre pour éviter cette fâcheuse éventualité. Puisque l'on a accusé la gastro-entérostomie d'être la cause première, sinon directe, de la formation d'un ulcus peptique, nous discuterons des avantages et des inconvénients de chaque méthode opératoire, avant d'aborder l'étude du régime à suivre après la première intervention ; ce sera le traitement préventif. Il nous restera ensuite à comparer les effets de la thérapeutique médicale à ceux de la chirurgie sur l'ulcus secondaire en évolution ou déjà perforé soit dans le péritoine, soit dans le côlon.

La gastro-entérostomie antérieure, comme traitement de l'ulcère gastrique est chargée de tant d'accusations et a été tant décriée que sa cause à l'heure actuelle est

difficilement défendable. Schwartz néanmoins dans le *Zentralblatt* du 15 Novembre 1924 la préconise pour l'ulcus gastrique ou duodénal en raison du développement toujours possible d'un l'ulcus peptique au niveau de l'anastomose, bien que, dit-il, la gastro-entérostomie doive être exceptionnellement indiquée comme traitement de l'ulcus ; à son avis, la méthode de choix est la résection de l'ulcère ; s'il y a impossibilité, il convient de faire une large résection de l'antre pylorique pour diminuer la secrétion et supprimer en même temps les parties les plus altérées de l'estomac. On entend le même son de cloche dans le *Brun's Beitrage zür klinischen chirurgie* (t. C XXX. fasc, 1) par la voix de Hütten qui condamne d'une façon absolue l'opération d'Eiselsberg, sous prétexte que celle-ci réunit tous les facteurs nécessaires à la production de l'ulcus secondaire : cette méthode opératoire en effet consiste surtout dans l'exclusion du pylore que nombre d'auteurs considèrent à juste titre comme une des causes principales de la récidive ulcéreuse. Hütten encore classe les procédés opératoires selon leur proposition de récidives dans l'ordre suivant : d'abord la gastro-entérostomie d'Eiselsberg dont nous venons de parler, ensuite la gastro-entérostomie simple actuellement encore très employée et enfin la résection gastrique qui gagne de plus en plus de partisans ; la raison essentielle de ce succès toujours grandissant c'est si l'on veut, ses beaux résultats mais aussi le fait que la résection large de l'estomac enlève à celui-ci la faculté de créer son acide chlorhydrique ; l'hyperacidité tant redoutée et

si ardemment combattue devient inexistante et voilà supprimée une des causes les plus favorisantes de la formation d'un ulcus secondaire.

La résection gastrique n'a pas, comme la gastro-entérostomie, de simples défenseurs, elle a plus, elle a de chauds partisans : ceux-ci se trouvent d'accord pour préconiser une résection large, très larges ; Fünterer et Urrutia sont d'avis de réséquer 2/3 à 3/4 de l'estomac, surtout pour l'ulcus duodénal, à cause de l'hyperacidité dont s'accompagne celui-ci ; on conçoit que, après une telle mutilation, il est imposible à l'acide chlorhydrique de s'y former en excès.

Pauchet au XXXV[e] congrès de l'Association française de chirurgie en Octobre 1926 parle dans le même sens quand il dit que la gastro-entérostomie est dangereuse toutes les fois où il y a une forte acidité stomacale, en cas d'ulcus duodénal par exemple ; dans ce cas, lui aussi, recommande une large résection gastrique concurramment à celle de l'ulcus duodénal ; de plus, il pose en régle générale que pour tout ulcère gastrique, il faut pratiquer une « gastrectomie systématique ».

La gastro-entérostomie a néanmoins d'ardents défenseurs : la proportion de récidive étant de 2,59 avec plusieurs méthodes, certains chirurgiens ont réussi à abaisser cette moyenne en employant un procédé assez spécial : renonçant à la gastro-entérostomie antérieure, ils pratiquèrent uniquement des gastro-entérostomies postérieures transmésocôliques. A l'heure où la gastrectomie est en honneur, nous aurions mauvaise grâce à

prôner plus que de raison cette méthode, mais nous avons voulu signaler en passant que celle-ci est encore d'un usage courant.

Parlant d'elle, Pauchet dit qu'elle est une « merveilleuse opération » et est d'avis que le meilleur procédé est l'anse courte verticale de Ricard ; par ailleurs il n'en trouve que quelques rares indications et estime « qu'il ne faut jamais la pratiquer pour ulcus gastrique», il ne paraît la conseiller que dans les cas de « sténose duodénale, par cicatrice d'ulcus, chez des sujets peu ou pas hyperchlorhydriques » et conclut que cette opération ne doit sa formidable réputation qu'aux résultats parfaits qu'elle donne dans les cas précités. Comme nous l'avons dit, il la condamne d'une façon absolue pour l'ulcus gastrique, car, dit-il, « le cancer est la fin naturelle de tout ulcus gastrique gastro-entérostomisé », parodiant ainsi le célèbre aphorisme : la pneumonie est la mort naturelle du vieillard ; si l'on ajoute à celà les risques de perforation ou d'hémorragies, on est forcé de reconnaître les inconvénients de cette méthode opératoire.

« Tout ulcus gastrique doit être gastrectomisé », voilà l'opinion de Pauchet. On a reproché à la gastrectomie d'être plus grave que la gastro-entérostomie et surtout d'être d'une technique plus difficile ; à l'heure où les chirurgiens cherchent de plus en plus à se spécialiser en se cantonnant dans un domaine très restreint, cette objection se réfute d'elle-même et il suffit au médecin d'aiguiller son malade vers celui dont la technique et l'habileté présentent le plus de garantie.

Que ce soit par gastro-entérostomie avec ses variantes innombrables ou par gastrectomie, il importe toujours au chirurgien de se plier à certaines lois de saine prudence et de tenir compte des indications de l'expérience; or, celle-ci a montré que l'exclusion du pylore est une cause éminemment favorisante de la récidive ulcéreuse et l'opinion médicale est unanime sur ce point : ce procédé doit donc être systématiquement abandonné ; d'autres facteurs de récidive peuvent également être évités : que coûte-t-il de faire une anse courte au lieu d'une anse longue ? Un peu de bon vouloir et de la sorte on ne craindra pas l'accusation d'avoir mis en face d'un chyme gastrique acide une muqueuse par trop sensible, puisque l'on sait que le jéjunum s'amincit et se rétrécit à mesure qu'on s'éloigne du duodénum, et que la sensibilité va s'agrandissant.

De même, si l'on n'a pas soin de veiller à ce que la bouche anastomotique soit large et bien perméable aux aliments, on évitera un gros danger de récidive : la stase produite par un orifice trop étroit et aussi le contact prolongé du contenu gastrique acide avec la cicatrice de gastro-entérostomie favorisent la formation de l'inflammation et de l'ulcération.

Afin de ne présenter le flanc à aucune attaque il convient en outre de n'employer qu'un matériel de suture résorbable : les fils de soie ou de lin ont été accusés à tort ou à raison de créer une petite excoriation qui sera le point de départ de l'ulcération, aussi n'emploiera-t-on que du catgut. Les points de suture ne seront jamais

trop serrés quoiqu'on en ait pu dire et ce sera la meilleure façon de parer aux inconvénients d'un hématôme toujours possible ; il est certain que l'aiguille peut léser un vaisseau : au chirurgien de veiller à assurer une hémostase parfaite.

Si déja le passage des aliments par une bouche trop petite peut causer une ulcération secondaire, à plus forte raison des manœuvres violentes au cours de l'opération auront-elles des conséquences fâcheuses ; c'est pourquoi il est recommandé de faire des clamps un usage modéré et de se servir des moins brutaux ; la moindre lésion ainsi produite peut provoquer une suppuration qu'entretiendra le contact presque incessant des aliments.

Cette suppuration sera prévenue et évitée si l'on prend soin de faire une suture en 2 ou 3 plans ; ce procédé opératoire permet en effet à la muqueuse gastrique de se cicatriser parfaitement et rapidement ; mieux vaut deux précautions qu'une et cette méthode est plus sûre parce que plus complète. En admettant que la gastro-entérostomie, ou tout autre opération telle que la gastrectomie, ait été pratiquée dans les meilleures conditions voulues, il reste à finir ou parfaire ce travail, il faut veiller à la protection de ces organes convalescents et peu armés pour la lutte. Pendant les huit jours qui suivent l'intervention, le malade doit s'astreindre à une diète rigoureuse : seules seront admises quelques boissons alcalines et l'on alimentera le patient soit par lavements soit par injections sous-cutanées de sérum glucosé et artificiel. A cette diète hydrique absolue, succèdera un

régime purement lacté, qui insensiblement se muera en lacto-végétarien. Pendant ce temps, la plaie opératoire sera cicatrisée et la branche efférente du jéjunum s'habituera à recevoir directement le contenu gastrique. Celui-ci est essentiellement acide et cette acidité peut être réduite au minimum si l'on veut s'en donner la peine ; il suffit pour cela de modérer la sécrétion psychique en recommandant des aliments peu épicés, réduits en purée avant la mastication, et par là séjournant peu dans l'estomac et n'irritant pas la bouche anastomotique. De son côté, la sécrétion réflexe doit être freinée et pour ce faire on interdira la viande d'une façon absolue pendant six mois, le malade ingérant en particulier des féculents et des corps gras ; ceux-ci surtout auront une place prépondérante : tous les repas commenceront uniformément par des aliments gras : beurre, pommes au beurre, huiles d'olives etc... Le malade ensuite absorbera des légumes, des pâtes, des œufs et surtout des fruits : ceux-ci, complètement réduits en compote ; quelques minutes après le repas une infusion saccharifiante, telle que l'orge germée, activera et simplifiera la digestion. Le lait sera pris en grande quantité entre les repas de deux heures en deux heures ; entre temps l'absorption d'une quantité minime d'alcalins peut-être ordonnée.

Le gastro-entérostomisé trouve bon malheureusement d'abandonner bientôt un régime aussi sévère qui lui interdit longtemps les viandes et toujours les boissons alcoolisées ; encouragé par l'inocuité d'un écart de régime il reviendra aux habitudes d'une vie parfois déréglée,

jusqu'à ce que brusquement bien souvent un ulcère secondaire ne vienne le punir de sa négligence. Que faire alors ? Les interventionnistes prétendent qu'une opération précoce est indispensable ; d'autres au contraire veulent s'en tenir au seul traitement médical, et le malade devant la gravité et le prix d'une laparotomie ne se sent pas poussé vers celle-ci. Ici comme ailleurs, il faut faire la part des choses et, après un traitement médical inefficace, savoir imposer et exiger le secours de la chirurgie.

La thérapeutique médicale ne s'applique évidemment pas aux complications de l'ulcus peptique, qui sont uniquement du ressort de la chirurgie. L'ulcus secondaire étant donc déclaré soit par ses douleurs au type si spécial, soit en plus par des hématémèses ou des melœna, le médecin doit ordonner une diète absolue : les douleurs seront calmées par de la morphine, et les hémorragies arrêtées par l'injection des boissons glacées ou l'application sur la lésion épigastrique d'une vessie de glace ; la dénutrition sera prévenue par l'injection sous-cutanée de sérum glucosé dont l'action hémostatique est par ailleurs efficace. L'ulcération jéjunale est en contact presque constant avec l'acide chlorhydrique stomocal et ce contact provoque des douleurs dont on connaît la violence et surtout est une menace continuelle de perforation ; il faut donc sans tarder assurer le pansement de cette plaie, en faisant ingérer au malade des compositions à base de kaolin, de gélose, ou de bismuth : ce dernier médicament présente le seul inconvénient de coûter très cher et l'on aurait mauvaise grâce à en

abuser. Ce traitement n'est certes pas fait pour combattre la dénutrition du patient ni l'acidité gastrique s'il y a lieu ; le régime de Sippy remplit ces deux conditions et a aussi ce double avantage d'être simple et à la portée de toutes les bourses ; voici en quoi il consiste : le malade prend alternativement toutes les heures dans la journée un paquet contenant 0 gr. 50 de magnésie lourde calcinée et de bicarbonate de soude et un paquet contenant 1 gr. 50 de bicarbonate de soude et 0 gr. 50 de carbonate de calcium ; chaque paquet est pris une demi-heure après un petit repas donné toutes les heures, et composé de 100 gr. d'un mélange à parties égales de lait et de crême. Il préconise en outre l'extraction tous les soirs du suc gastrique que renferme l'estomac. On réalise difficilement le dernier point de ce programme, qui exige un matériel et un personnel ad hoc comme on en dispose dans une clinique ; néanmoins ce régime par ses alcalins neutralise tout excédent d'acidité et par sa diététique spéciale assure à l'estomac un repos fonctionnel complet.

Cette méthode a malheureusement quelques inconvénients : le malade se fatigue rapidement de n'absorber que du lait et les traces de thé, de chicorée ou de café qu'on y ajoute n'arrivent pas à vaincre ce degoût. On l'a accusée aussi d'exciter ultérieurement la sécrétion gastrique : il n'est pas normal en effet que le contenu stomacal soit sans cesse neutralisé ou même alcalinisé, il en résulte une hypersécrétion d'acide chlorhydrique dont on constate l'existence dès qu'on cesse l'ingestion

des alcalins. Laporte dans le n° de Décembre 1926 de la *Société médicale des Hopitaux* estime que ce régime est le traitement médical dé choix de l'ulcus peptique. Mais qu'il doit être rapidement abandonné si les résultats immédiats n'en sont pas bons et complets. Le Nok à propos de cet article dit qu'il ne faut retenir de cette méthode que le principe de l'alcalinisation d'ailleurs connue de longue dâte, mais qu'il est dangereux de forcer la dose d'alcalins à cause des accidents possibles d'alcalinose, en particulier des œdêmes : ceci est un troisième inconvénient à ajouter à ceux que nous avons envisagés plus haut. Nombre d'auteurs ne croient pas à la guérison par le traitement médical pur : il y a pourtant quelques cas publiés, mais on ne peut jamais affirmer l'impossibilité de voir réapparaitre les accidents ; par ailleurs si l'ulcus peptique avec sténose du néopylore guérit, cette sténose devenue cicatricielle peut persister et le résultat fonctionnel est défectueux. Urrutia, tout en admettant que l'immense majorité des ulcus secondaires est rebelle au traitement médical, conseille de l'essayer mais très peu de jours, le temps de s'assurer de son utilité ; il vaut mieux d'ailleurs opérer ainsi afin de convaincre le malade que seule une intervention peut le sauver.

Celui-ci évidement peut ne pas suivre ce conseil et ne pas se laissser convaincre, comme on le voit dans un cas rapporté par Feissly (*Journal de Radiologie* septembre 1927). Il s'agissait d'un malade de 45 ans, gastro-entérostomisé 10 ans auparavant, souffrant dans

l'hypocondre gauche. La radiographie montrait une niche sur la branche efférente ; comme le malade refusait toute opération, Feissly le traita par la diathermie, les alcalins et les absorbants. Un an après, la radiographie montra la disparition de la niche avec déformation spasmodique ou cicatricielle de la branche afférente ; c'est la seule observation d'ulcus peptique post-opératoire guéri par le traitement médical que nous ayons trouvé, cela ne veut pas dire qu'il n'y eut pas d'autres, néanmoins on admettra que le fait est exceptionnel et mérite d'être signalé ; somme toute, cette exception ne fait que confirmer la règle, à savoir que la thérapeutique médicale ne guérit pas un ulcus peptique post-opératoire (observation 22).

Il faut donc en conclure que le traitement médical doit toujours être tenté surtout lorsque le malade refuse la laparotomie ou n'a pas la force d'en supporter la fatigue, encore que dans ce dernier cas ou puisse le remonter par une abondante transfusion de sang, comme il a été fait à E...S... (observation 20) ; ce fut là une sage précaution et grâce à ce renfort de ressources, ce malade sortit « vainqueur d'un combat dont » sa vie était « le prix ».

Delore et Creyssel sont plus interventionnistes et prétendent que la thérapeutique médicale ne doit jouer qu'un rôle complémentaire. A cause du « processus évolutif » de la maladie ulcéreuse et de sa tendance à amener une perforation, on se doit, disent-ils, de réaliser une thérapeutique, dont les conditions dépassent les

forces du traitement médical qui, somme toute, « n'a des droits que comme traitement associé et consécutif ».

Pourtant cette règle souffre une exception : si le malade, atteint d'ulcère peptique, présente des antécédents syphilitiques, quand bien même la réaction de Bordet-Wasserman serait négative, il faut tenter le traitement antisyphilitique ; Macdonald (De Huelva, Espagne) sur 13 cas d'ulcus peptique post-opératoire a trouvé 9 sujets ayant des antécédents syphilitiques et préconise la thérapeutique antispécifique dans un grand nombre de cas. Pauchet ne voit dans la syphilis qu'un « agent provocateur » tandis qu'Ozenne professe l'opinion de Macdonald ; celui-ci ajoute que trois semaines de ce traitement suffisent pour poser le diagnostic On peut objecter à cette méthode que si aucune amélioration ne survient en ces vingt jours, le malade court grand risque d'une complication grave et nous sommes d'avis qu'il ne faut essayer cette thérapeutique que concurremment au régime de Sippy ou en désespoir de cause quand le malade ne peut supporter l'opération ou s'entête à refuser l'intervention du chirurgien.

Comme on vient de le voir, la médecine est incapable d'assurer d'une façon intéressante le traitement de l'ulcus peptique ; à l'heure présente, à cause des progrès incessants de la chirurgie abdominale, on est tenté de plus en plus, de recourir de suite à la cure radicale. Cet empressement s'il n'est pas excessif ni trop précoce, est très compréhensible et nous verrons que le traitement

chirurgical compte moins d'échecs que le traitement médical ne compte de succès ; il est d'ailleurs la seule ressource et doit être imposé d'urgence toutes les fois qu'il y a complication, par exemple perforation de l'ulcère ou hémorragies incœrcibles.

On a donc décidé d'intervenir, mais quelle méthode faut-il suivre ? Nous verrons successivement les indications très discutables de la résection dite « palliative » ou d'une seconde gastro-entérostomie, les avantages selon les cas de la suppression de l'anastomose avec rétablissement de la voie normale et enfin les résultats merveilleux de la résection gastrique ; nous terminerons cette étude par un aperçu du traitement uniquement chirurgical des complications de l'ulcus secondaire.

La « résection palliative » consiste en une résection antro-pylorique sans toucher à l'ulcus lui-même ni à l'anastomose ; c'est ainsi que la définit Koch (*Zentralblatt fut Klinische Chirurgie* L. IV. N° 12 19 Mars 1927) il y publie l'observation de quatre cas opérés selon cette méthode : il y eut trois insuccès et un résultat douteux : le premier cas présente cette particularité qu'on y note la récidive de trois ulcères au moment de la troisième intervention ; celle-ci pratiquée 9 mois après la seconde a eu un succès complet. La résection antro-pylorique n'apporta aucune amélioration dans le deuxième cas ; le résultat fut le même dans un troisième : ici, on réintervint en faisant la résection de l'anastomose, opération qui amena la mort du patient. Enfin dans un

dernier cas, Koch constate une amélioration certaine après résection antro-pylorique mais avec des crises douloureuses intermittentes ; cet auteur conclut de ces observations qu'il faut renoncer à la résection palliative et Kreuler dans le n° de juin 1927 de la même revue est de son avis ; Koch, en particulier, est revenu à la résection de l'anastomose et des portions avoisinantes de l'estomac et du grêle, seul traitement efficace, dit-il, de l'ulcus peptique.

La gastro-entérostomie a son ère de gloire et pendant longtemps on s'est acharné à suivre la même méthode opératoire et l'on tentait une seconde gastro-entérostomie là où une première avait provoqué un ulcus peptique : suivant les circonstances, quand il y avait perforation on réséquait un tronçon intestinal dans les limites de la perforation ou seulement de la partie ulcérée, à condition que la perte de substance n'occasionnât pas un rétrécissement : actuellement on se contente de cette opération en cas de cachexie ; elle consiste en une nouvelle gastro-jéjunostomie entre la portion de l'estomac sus-jacente à l'ulcère et la portion du jéjunum sous-jacente à celui-ci ; elle peut être complétée au besoin par une jéjuno-jéjunostomie, qui servirait à « l'évacuation du segment duodénal de l'intestin » ; tel est l'avis de Delore qui met en garde contre l'emploi en grand de ce procédé, valable uniquement pour des cas exceptionnels. Mickulicz, Quénu, Leriche conseillaient plutôt, comme solution de ces cas extrêmes, la jéjunostomie ; certes, celle-ci a pu donner des succès, mais que de risques à

courir et que d'inconvénients graves à craindre ! Cette opération mérite, elle aussi, le qualificatif de « palliative », comme traitement bien entendu de l'ulcus secondaire, elle a donné lieu à d'ardentes polémiques et à de laborieuses discussions ; nous croyons qu'aujourd'hui elle ne compte plus beaucoup de partisans.

Elle a fait place à une autre méthode que Delore considère comme le traitement de choix : il s'agit de la résection de l'ulcère avec rétablissement de la continuité gastro-intestinale normale par suppression de la gastro-entéro-anastomose. Si l'ulcus gastrique ou duodénal est guéri et cicatrisé, la résection de cet ulcère est inutile et l'on se contente de supprimer la gastro-entéro-anastomose. Dans le premier cas, la résection faite, on abouche bout-à-bout (opération de Péan). La technique, disent Delore et Creyssel, ne peut être univoque et doit s'adapter au degré très variable des lésions ; celles-ci sont différentes suivant que la gastro-entérostomie ait été antérieure ou postérieure : de part et d'autre la bouche ulcérée est unie grâce à de multiples adhérences au côlon, au mésocôlon et au grand épiploon et forme avec eux un bloc ; dans une gastro-entérostomie antérieure, celui-ci est adhérent à la paroi, ou du moins au péritoine pariétal et alors comment l'extérioriser ? De nos jours où l'on n'emploie presque plus que les gastro-entérostomies postérieures cet inconvénient n'existe plus, puisque le péritoine pariétal n'est plus en cause. Quoi qu'il en soit comment dans ce bloc informe reconnaitre des organes, à fonctions différentes pourtant ? La libéra-

tion est donc trés délicate. En cas d'ulcus jéjunal pur, qui seul nous intéresse, la résection doit porter sur le grêle dont le plus souvent il restera à peine une bandelette postérieure adhérence au méso. C'est là un premier temps.

Le deuxième temps consiste à réparer la bouche anastomotique ; on fait une suture à trois plans de la brêche jéjunale qui est très large et également par une suture au catgut à trois plans on rétablit la continuité gastro-intestinale. Il arrive souvent que l'intestin ait été sectionné totalement, aussi implante-t-on alors le bout efférent sectionné dans l'orifice gastrique et le bout afférent dans le bout efférent ; de cette façon on réalise une sorte d'anastomose en Y. On a coutume après d'assurer la vidange du bout duodénal, de pratiquer alors une jéjuno-jéjunostomie, dont le seul inconvénient est de prolonger l'intervention, mais dont les bons résultats sont incontestables.

En chirurgie, les progrès ont été très rapides ces dernières années et la méthode opératoire que nous venons de décrire ne satisfait déjà plus bon nombre de chirurgiens ; l'un d'eux, Pauchet, dont la compétence en la matière est indéniable, a récemment publié dans *La Clinique* (Octobre 1928) un article intitulé : « Que faire aux anciens gastro-entérostomisés non guéris ? » où il a l'occasion de préconiser l'emploi systématique d'une autre méthode : la résection gastrique. Déjà, en parlant du traitement de l'ulcus gastrique, nous avons essayé de mettre en valeur ce procédé presque idéal ; ici plus en-

core il trouve son application. Nous nous bornerons à en montrer les avantages et à donner un bref aperçu de sa technique.

A l'ouverture de la paroi abdominale et après l'incision du péritoine, le chirurgien doit s'orienter et sans perdre de temps rechercher et trouver le siège de l'ulcus peptique ; comme ici nous nous occupons uniquement de l'ulcus jéjunal et que celui-ci se trouve le plus souvent distant de quelques centimètres du néo-pylore, nous envisagerons le cas d'un ulcère secondaire siégeant à proximité de la bouche anastomotique. L'opérateur après une brêche méso-colique, découvre l'anastomose gastro-jéjunale qu'il libère au bistouri ; il aperçoit bientôt la cicatrice opératoire et à proximité une zone inflammatoire qui entoure la lésion ulcéreuse ; il sépare, par section, l'estomac du jéjunum et suture provisoirement la brêche gastrique par des points en surjet. Il revient au jéjunum, découvre l'ulcère dont il excise les bords aux ciseaux et recoud l'ouverture pratiquée par une suture séro-musculeuse, sans se préoccuper de la muqueuse ; cette suture en surjet est recouverte par un deuxième plan de suture ; de ce fait le calibre jéjunal est rétréci, mais le mal n'est pas grand, car cette portion du jéjunum servira uniquement à l'écoulement de la bile et du suc pancréatique et se trouvera placée en amont de la continuité gastro-jéjunale.

Le chirurgien se reporte de nouveau à l'estomac qu'il libère des adhérences pouvant le fixer aux organes voisins et sectionne le duodénum à l'union de sa

première et de sa deuxième portion ; il se peut qu'il tombe sur un premier ulcère qui a nécessité la gastro-entérostomie et trouver celui-ci complètement cicatrisé ; quoi qu'il en soit il enfouit l'extrêmité duodénal « en bourse » et unit sa paroi externe au pancréas tout proche. Il continue ensuite à libérer l'estomac jusqu'au cardia et pratique aux ciseaux une section « oblique et totale » de l'estomac, après quoi il place sur cette brêche des points séparés de catgut : la muqueuse ne sera pas prise à cause de sa grande friabilité. Par suite de la longueur de la grande courbure, la continuité gastro-jéjunal aurait la forme d'un S renversé et oblique : le cul-de-sac gastrique formant la première courbe ; l'autre étant formée par le jéjunum : l'extrêmité gastrique de celui-ci figurerait donc un coude ou une épingle à cheveux et le passage des aliments n'en serait pas précisément favorisé ; pour éviter cet inconvénient, l'opérateur pratique une incision, réséquant ainsi une portion de la grande courbure ; il a alors devant les yeux une espèce de doigt de gant dirigé vers le bas et dont l'extrêmité serait sectionnée. Cette extrêmité ouverte sera le néo-pylore, car c'est sur ses bords que le chirurgien coud une anse jéjunale ; pour ce faire, Pauchet expose la technique suivante : Il suture le « tube gastrique » au-dessus de son bord postérieur avec le jéjunum par des points en surjet, accollant ainsi les deux séreuses, c'est ce qu'il appelle le surjet séro-séreux postérieur ; à quelque distance de cette suture et parallèlement à elle, on pratique une incision de même lon-

gueur que l'ouverture gastrique, on affronte les bords que l'on suture de muqueuse à muqueuse par des points au surjet. Le néo-pylore est donc à demi-formé ; pour le terminer on affronte les bords antérieurs et grâce à deux plans de suture, muco-muqueuse puis séro-séreuse, on établit la continuité gastro-jéjunale. Si l'on veut ajouter à ceci quelques détails de technique tels que l'application d'un point en U à la commissure supérieure de la plaie gastrique ainsi qu'à la commissure gastro-jéjunale qui a la forme d'un T renversé (ɹ), on se rend compte de la simplicité, relative sans doute, et surtout de la perfection d'une telle méthode opératoire : l'écoulement de la bile et du suc pancréatique est assuré par la branche afférente ; aucune stase gastrique n'est possible puisque le jéjunum, par sa branche efférente, ne fait que prolonger le « tube gastrique » ; celui-ci réduit à sa plus simple expression ne sera plus en mesure de créer de l'hyperacidité, cause souvent invoquée dans la pathogénie de l'ulcus secondaire ; la bouche anastomotique est largement perméable aux aliments qui ne pourront de ce fait l'irriter.

La résection gastrique ne compte plus d'adversaires, c'est dire toute la valeur de cette méthode. Il ne nous reste plus qu'à envisager les mesures à prendre en cas de complication. Si par suite d'hémorragies occultes telles que les melœna ou plus visibles telles que les hématémèses, le malade se traîne de plus en plus anémié et que cette anémie soit pour lui un danger fatal, l'intervention s'impose, quand bien même les douleurs ne

seraient pas excessives ; sans doute le malade, qui garde souvent un bel appétit, ne voit pas son état général s'affaiblir, oppose à cette indication une vive résistance, le médecin traitant doit faire acte d'autorité et poser la question de confiance ; l'intervention acceptée, il faudra rendre au malade les forces perdues, par des injections nombreuses de sérum physiologique et glucosé ; on ira même, si la chose est possible, jusqu'à faire une transfusion sanguine ; si cette précaution avait été prise dans le cas de l'observation 19, Jean C..., aurait eu la vie sauve ; ce fait a servi de leçon, aussi E... S... (observation 20) en a-t-il bénéficié. Ce traitement médical ne sera toujours que préparatoire, jamais curatif.

Pour les autres complications qui sont les perforations de tous genres, l'intervention d'urgence seule, peut sauver le malade : que fera en effet le traitement médical en face d'un ulcus perforé en péritoine libre qui permet le déversement dans la cavité abdominale du contenu gastrique éminemment septique ? La mort est inévitable. Le traitement chirurgical par contre porte remède aux lésions par l'évacuation des matières septiques, l'occlusion immédiate de la lésion et même la désinfection de la cavité abdominale. L'intervention sera d'autant plus efficace, qu'elle sera plus précoce, car d'heure en heure, les chances de survie diminuent. Il en est de même pour la fistule jéjuno-colique : la dénutrition est tellement rapide qne le malade réclame lui-même une intervention. Quant à la perforation en péritoine cloisonné, qui donne une péritonite enkystée avec abus

rétropariétal, on peut se moins presser ; néanmoins nous considérons l'opération comme étant indispensable, car l'ouverture de cet abcès en plein péritoine peut être imminente.

L'indication opératoire étant posée, que faut-il faire ? Les avis sont partagés et ils le sont parce que les circonstances diffèrent ; le chirurgien a le choix entre la résection de l'ulcère ou une suture simple après avivement des bords ; la résection suivie de suture serait la procédé idéal, car elle supprime la lésion et l'inflammation periphérique, mais elle peut être cause d'un retrécissement par perte trop grande de substance : Lagoutte la pratique couramment et pour éviter l'inconvénient d'un retrécissement préconise la résection segmentaire ; Delore par ailleurs se contente souvent de suturer l'ulcère ; une fois encore ce sont les circonstances qui commandent et choisissent : ce sont des cas d'espèce.

Cotte et Rolland (*Lyon chirurgical*) du 4 Décembre 1925 sont d'avis qu'il vaut mieux réséquer l'ulcère et suturer en tissu sain : c'est là, croyons-nous, une sage précaution ; Deloré, au dernier congrès de chirurgie de Paris, a réuni toutes les opinions et a conclu que, pour la perforation en péritoine libre, il suffit de suturer la perforation après excision de ses bords et vérification des dimensions de l'orifice anastomotique ; il ajoute que, dans le cas d'ulcère adhérent à la paroi avec périgastrite antérieure, les nombreuses adhérences rendent l'opération très délicate et très laborieuse ; pour la

fistule jéjuno-colique, il préconise la dissection méthodique du côlon dont la brêche sera libérée et suturée ; il est comme nous l'avons dit, partisan de la simple suture après avivement des bords de l'ulcère, mais reconnait la valeur de la résection segmentaire comme de l'exclusion de la portion colique qui est le siège de la fistule.

Cotte et Rolland se posent ensuite cette question : Doit-on refaire une gastro-entéro-anastomose ? Faut-il en effet achever ou compléter le traitement de la complication par le traitement lui-même d'un ulcus peptique simple ? La résistance du sujet est, seule, juge : si elle est suffisante on se trouvera bien de prendre les mesures que nous avons indiquées plus haut, à savoir rétablir la continuité gastro-duodéno-jéjunale en supprimant la gastro-entéro-anastomose, ou réséquer l'estomac ; ce serait évidemment l'idéal, malheureusemt la dénutrition, l'anémie ou l'état de schock du sujet ne le permettent que rarement et le chirurgien doit souvent s'en tenir à parer au plus pressé.

CONCLUSION

En commençant cette étude nous n'avions pas la prétention d'apporter quelque chose de nouveau ; nous n'avons fait que réunir, confronter et comparer les diverses opinions et méthodes de traitement tant préventif que curatif. A l'heure actuelle, l'ulcère peptique post-opératoire est à l'ordre du jour et au dernier congrès de chirurgie de Paris, Delore et Okinczyc ont eu l'occasion d'en mettre au point quelques particularités et leurs communications nous ont été d'une grande utilité.

Quelles sont les conclusions à tirer de cette étude ? Nous en retiendrons surtout les points suivants :

1. L'ulcus peptique post-opératoire n'est pas exceptionnel après la gastro-entérostomie, puisque Leriche en fait un « banal accident » ; la proportion varie avec les statistiques : la plus communément admise est d'environ 2,5 à 3 %.

2. Le sexe masculin est touché presque exclusivement : on compte de 6 à 10 hommes pour une femme : cette proportion a étendu le domaine des recherches étiologiques.

3. Celles-ci ont eu pour résultat certain d'affirmer la nocivité de l'hyperchlorhydrie que l'on rencontre dans les 2/3 des cas et ont fait admettre l'existence d'une « maladie ulcéreuse » dont on ignore et la nature et le traitement.

4. Quant aux multiples causes invoquées (tabac, alcool, etc..), on ne doit les considérer que comme des conditions favorisantes.

5. On ne peut incriminer tel ou tel procédé de gastro-entérostomie : la cholecysto-gastrostomie de Schwartz et l'énervation de Cunéo n'ont pas eu plus de succès.

6. La gastro-entérostomie ne doit plus être pratiquée pour ulcus gastrique : elle ne convient qu'à l'ulcus duodénal.

7. La résection gastrique est l'opération de choix : elle a l'avantage de supprimer l'hyperacidité et la stase.

8. Le diagnostic clinique est parfois ardu : la radioscopie et surtout les radiographies en série sont souvent indispensables et toujours d'une grande utilité.

9. Pour nos quatre observations inédites, quatre fois on a constaté des melœna : ce symptôme serait-il moins rare qu'on ne le dit ou serait-ce ici une série particulièrement heureuse ?

10. Le pronostic de l'ulcus peptique est sombre : abandonné à lui-même, celui-ci est sujet aux complications quasi fatales.

11. Le traitement préventif consiste à éviter les

causes de récidive citées plus haut.

12. La médecine, sauf pour les cas de syphilis, est impuissante à guérir : il faut néanmoins tenter le traitement médical, mais ne pas s'y entêter.

13. Aussi actuellement est-on partisan de l'intervention précoce : celle-ci varie selon les circonstances : en général, ce sera la résection gastrique étendue.

14. Le traitement des complications est uniquement chirurgical et s'impose d'extrême urgence.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président du Jury de Thèse, R. PIERRET.

Vu :
Le Doyen, Ch. DUBOIS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie, CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

Alapy. — Zentralblatt für Chirurgie, XLIX. Février 1922. Opération de l'ulcus peptique post-opératoire.

Appelmans. — Journal de Médecine de Paris, 21 Novembre 1925 et Revue de chirurgie XLIV N° 10, 1925. Fistules gastro-jéjuno-coliques.

Atkins. — British Medical Journal, London 1904, p. 1161. Remarques sur la valeur de la gastro-entérostomie et de la jéjunostomie.

Baggio. — XXXIe Congrès de la Société Italienne de chirurgie de Milan, 26-29 Octobre 1924. Pathogénie, traitement prophylactique et curatif de l'ulcère peptique post-opératoire.

Baggio. — Annali Italiani di chirurgica II, f. 4. 30 Avril 1923. L'ulcère peptique du jéjunum après l'exclusion du pylore.

Baggio. — Il Policlinico, XXXII, f. 1, 15 Janvier 1925. Pathogénie de l'ulcère peptique du jéjunun. Peut-on le prévenir?

Baggio. — Il Policlinico, XXXII, 18 Mai 1925. Fréquence de l'ulcus peptique jéjunal post-opératoire. Pathogénie et traitement.

Baggio. — Annali Italiani di chirurgica III, f. 5, 30 Juin 1924. Influence de la déviation du contenu duodénal sur la production de l'ulcus peptique.

Balfour. — Annals of Surgery LXXXIV N° 2. Août 1926. Apparition et traitement de l'ulcère gastro-jéjunal.

Balfour. — Journal of the American Association LXXXIII N° 6 en Avril 1923 sur l'ulcère peptique.

Baltar et Trotter. — British Médical Journal N° 3.101, 1920, et Journal de chirurgie t. 17, p. 378. Observations chirurgicales sur les fistules jéjuno-coliques après gastro-entérostomie.

Barber. — Howard, Annals of Surgery LXXXIV, Octobre 1926, sur l'ulcus peptique.

Barr. — American Journal of Surgery XXXVII, Février 1923. Choix de l'opération des ulcus peptiques.

Bastedo. — Médical Journal and Record CXXIII N° 3; Février 1926. Indications du traitement chirurgical de l'ulcus peptique.

Bastianelli. — XXXIIe Congrès de la Société Italienne de chirurgie de Rome, 25-27 Octobre 1925. Il ne faut pas toujours penser à un ulcus peptique en face d'hématémèses ou de melœna survenant chez un gastro-entérostomisé.

Baum. — Zentralblatt, XLVIII N° 17, 20 Avril 1921. Traitement opératoire de l'ulcus peptique jéjunal.

Beer. — Zentralblatt für chirurgie, XLIX N° 9, 4 Mars 1922. Etiologie de l'ulcus peptique du jéjunum.

Bégouin et Daraignez. — Gazette Hebdomadaire des Sociétés Médicales de Bordeaux, XLVI N° 4, 25 Janvier 1925. L'ulcère peptique du jéjunum avec fistule jéjuno-colique.

Bénard et Bouttier. — Paris Médical, Mars 1928. Etude sur le fonctionnement gastrique après l'opération de Reichel, Polya, Finsterer pour l'ulcère de l'estomac.

Birgfield. — Archiv für Klinische chirurgie, CXXXVII, 22 Décembre 1925. Sur l'ulcus peptique jéjunal après résection gastrique.

Blahd. — American Journal of Surgery XL, Mars 1926. Considérations sur l'ulcus peptique.

Bloch. — New Orléans Médical and surgical Journal LXXVIII N° 11, Mai 1928.

Blond. — Archiv für Klinische chirurgie CXLIV, Mars 1927. Pathogénie de l'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

Blond. — Archiv für Klinische chirurgie CXXXV, 2 Avril 1925. Relations entre le ciculus viciosus après gastro-entérostomie et l'ulcus peptique post-opératoire du jéjunum.

Blond. — Wiener Klinischen Wochenschrift XXXVIII, 19 Mars 1925. La gastro-entérostomie «maladie» et l'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

Borgoras. — Archiv für Klinische chirurgie. Janvier 1925.

Bortolotti. — Archivio Italiano di chirurgica IV, Octobre 1921. Pathogénie de l'ulcère peptique.

Braitwaite. — The Lancet. Mai 1925.

Brancati. — Archivio Italiano di chirurgica VI, Novembre 1922. Pathogénie de l'ulcère peptique jéjunal.

Breitner. — Zentralblatt L, N° 32, Août 1923. L'ulcère peptique du jéjunum consécutif à un Billroth I pour cancer.

Brin. — Société Nationale de Chirurgie, 19 Novembre 1924, sur l'ulcère peptique gastro-jéjuno-colique.

Brun. — Zentralblatt für chirurgie XLI N° 4, Janvier 1914. Gastro-duodénostomie pour ulcère.

Brütt. — Brun's Leitrage Zur Klinische chirurgie CXXVI, f. 1, 1922 Clinique et traitement opératoire de l'ulcus peptique post-opératoire.

Caillé, Durand et Marre. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. VI, N° 7.Juillet 1922. Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcère gastrique ou duodénal.

Campo. — El Sigio Medico, LXX N° 3.576, Juin 1922. Progrès réalisés dans le traitement de l'ulcère peptique.

Cerf et Pauly. — Bruxelles Médical III, N° 10, 4 Janvier 1923. Dérivation des sécrétions biliaires et pancréatiques par jéjuno-jéjunostomie comme complément de la gastro-entérostomie.

Charbonnel et Leuret. — Gazette Hebdomadaire des Sociétés Médicales de Bordeaux, XLVI N° 46. 15 Novembre 1925. Perforation en péritoine libre d'un double ulcus peptique et gastro-jéjunal.

Chauvel. — Thèse de Paris 1898. L'exclusion du pylore.

Christophe. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, XII N° 4. 1922. Etiologie de l'ulcus récidivant et de l'ulcus gastro-jéjunal.

Chiari. — Archiv für Klinische chirurgie CXXXIV, f. 4, 12 Mars 1925, sur l'ulcus jéjunal post-opératoire.

Ciminata. — Archivio Italiano di chirurgira, XV, f. 4, Avril 1926. Importance de la «pars pylorica» sur la genèse de l'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

Clairmout. — Lyon Médical, 8-15 Novembre 1925.

Coffey. — Annals of Surgery LXXI N° 3, Mars 1920. La gastro-entérostomie dans le traitement des ulcus gastriques ou duodénaux chroniques.

Coleman. — Journal of American Medical Association, LXXXIII N° 12. 20 Septembre 1924. Nouveau régime diététique pour l'ulcus peptique.

Comte et Jouve. — Revue de Chirurgie N° 1. 1928. Syndrômes douloureux gastriques à horaire tardif.

Cotte et Roland. — Lyon Chirurgical, 4 Décembre 1926. L'ulcère peptique jéjunal avec fistule gastro-jéjuno-colique.

Crile. — Surgery, Gynecology and Obstetrics XL, N° 6. Juin 1925 Hyperthyroïdisme et ulcère peptique; analogie.

Cuny. — Thèse de Strasbourg 1927. L'exclusion du pylore par ligature. Ses résultats éloignés.

Davis. — Surgery, Gynecology and Obstetrics XLV, N° 3. Septembre 1927. Récidive tardive d'ulcère peptique.

Deaver. — Annals of Surgery LXXIV N° 5. Novembre 1921. Les ulcus primitifs et secondaires.

Deaver. — Annals of Surgery LXXVI N° 4. Octobre 1922. Sur l'ulcus peptique.

De Butler d'Ormond. — Journal Médical, Paris, XLIV N° 45. 7 Novembre 1925. Les trois ulcus (gastrique, duodénal et jéjunal) et leur traitement.

Delore. — Lyon Chirurgical, 8 Janvier 1925. A propos des ulcus peptiques post-opératoires.

Delore. — 37e Congrès de Chirurgie, Paris, Octobre 1928. Revue générale de l'ulcère peptique.

Delore, Mallet, Guy et Vacley. — Lyon Chirurgical 1925. Formes multiples et récidivantes de l'ulcus gastrique.

Delore, Comte et Lainé. — Lyon Médical Avril 1926. Ulcère peptique avec fistule gastro-colique.

Delore et Convert. — Revue de Chirurgie LVIII N° 1. 1920. L'ulcère peptique post-opératoire.

Delore et Creyssel. — Journal de Chirurgie Avril 1925. Ulcères récidivants post-opératoires.

Delore y Castro. — Archives espagnoles de En Germedades aes aparato digestio y de la nutrition. L'ulcère gastro-jéjunal perforé.

Denk. — Zentralblatt, L, N° 12. 24 Mars 1924. Résection en 2 temps de l'anastomose gastro-colique transverse pour ulcus peptique du jéjunum.

Denk. — Archiv für Klinische chirurgie CXVI, f. 1. 1921. Etiologie et prophylaxie de l'ulcus peptique post-opératoire.

Denk. — Wiener Klinische Wochenschrift XXXIV N° 1. 1921. Etiologie et prophylaxie.

Denoual. — Thèse de Lyon, 1911.

Dixon. — Medical Journal of Australia IX, Vol. II. N° 26. 23 Décembre 1922. Sur l'ulcus peptique.

Dogliotti. — Il Policlinico XXXIII, f. 2. 15 Février 1926. Considérations sur l'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

Dogliotti et Riccio. — Archivio Italiano di Chirurgia X f. 6. Décembre 1924. Contribution à l'étude de l'ulcère peptique après gastro-entérostomie.

Dufour et Frévet. — Société Médicale des Hôpitaux. 15 Novembre 1907. Sténose hypertrophyque du pylore chez un nourrisson de 2 mois. Traitement avec succès par la pyloroplastie. Ulcus peptique après cette opération.

Dimbar. — Glasgow Medical Journal XXIV N° 8. Août 1926. Perforation aigüe d'un ulcus peptique; analyse de 387 cas.

Duval, Raux, Gatellier et Montier. — Société Nationale de chirurgie. 3 Mars 1926. Relation entre l'état infectieux des parois gastriques et certains troubles consécutifs à la gastro-entérostomie (ulcères tardifs dits peptiques, gastro-jéjunaux et jéjunaux.

Eckenbrecht. — Brun's beitrage Zür Klinischen Chirurgie, t. CXXVII, N° 2. 1922. Contribution à l'étude de l'ulcus peptique post-opératoire.

Einhorn. — New-York Medical Journal CXVI, N° II. 6 Décembre 1922. Ulcère peptique avec déformation viscérale rendue manifeste par Rayons X. Amélioration par traitement.

Eiselsberg. — Weiner Medizinische Wochenschrift LXXI, N° 18. Avril 1921. Traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Eiselsberg. — Revue de Chirurgie de Paris, 1905, t. II, p. 579.

Enderlen. — Deutsche Medizinische Wochenschrift, LII N° I. Janvier 1926. Traitement de l'ulcus gastrique perforé par la jéjunostomie.

Enriquez et Gosset. — Société Nationale de chirurgie XL. 1914. Sur l'exclusion du pylore.

Erdmann. — Annals of Surgery, LXXIII, N° 4.Avril 1921. Ulcus marginal, gastro-jéjunal ou peptique après gastro-entérostomie.

Esclavissat. — Concours Médical 1925, p. 856. Traitement médical de l'ulcère gastrique récent.

Feissly. — Société de gastro-entérologie de Paris, 13 Décembre 1926. Evolution d'un ulcus jéjunal post opératoire.

Feissly. — Journal de radiologie et d'électrologie N° 9. 1927. Evolution d'un ulcus jéjunal post-opératoire.

Finney et Friedenwald. — Surgery, Gynecology and Obstetrics XVIII, N° 3. Mars 1914. 13 ans d'expérience de la pyloroplastie.

Finochietto. — Archives espagnoles de Enfermedades des asparato digestivo y de la nutrition, X, N°5. Mai 1927. Fistule jéjuno-cutanée volumineuse.

Finsterer. — Archiv für Klinische Chirurgie CXX, f. 1. 16 Janvier 1922. Le rôle de l'anneau pylorique dans la récidive de l'ulcus et dans la pathogénie de l'ulcus peptique du jéjunum.

Finsterer. — XLVIII[e] Congrès allemand de chirurgie. Avril 1924. Opération radicale de l'ulcus peptique.

Finsterer. — Wiener Klinische Wochenschrift XXXIV N° 2. Résultats éloignés du traitement opératoire de l'ulcus duodénal.

Finsterer. — Medizinische Klinik, XXIII, N[os] 15 et 16. Avril 1917 Résultats immédiats et éloignés du traitement opératoire de l'ulcus gastrique et duodénal.

Flechtenmacher. — Wiener Medizinische Wochenschrift, LXXV N° 47. Novembre 1925. Cure radicale de l'ulcus jéjunal post-opératoire avec colectomie.

Flechtenmacher. — Archiv für Klinische chirurgie CXXXIV, f. 4. Mars 1925. Cure radicale de l'ulcus jéjunal post-opératoire avec colectomie.

Flechtenmacher. — Zentralblatt für chirurgie, t. LV. Janvier 1928. Rôle du matériel non résorbable dans la genèse de l'ulcus peptique.

Flörcken. — Zentralblatt LIV N° 27. Juillet 1927. Résection palliative dans l'ulcus peptique jéjunal.

Flörcken et Steden. — Archiv für Klinische chirurgie CXLIII f. 1. Octobre 1926. Etude de l'apparition et du traitement de l'ulcus peptique du jéjunum après les opérations gastriques.

Friedmann. — Zentralblatt, 26 Novembre 1927 et Journal de chirurgie, Mai 1928. Résultats éloignés de l'opération radicale pour maladie ulcéreuse de l'estomac et du duodénum

Galpern. — Zentralblatt, XLIX N° 15. 15 Avril 1922. Production de l'ulcus peptique après exclusion pylorique.

Galpern. — Zentralblatt, LIII N° 9. Février 1926. Résection gastrique et ulcus peptique.

Ganan. — El Siglo Medico, LXXIII. 3-10 Juillet 1926. L'ulcère peptique et le mécanisme de sa guérison par la gastro-entérostomie.

Gara. — Archiv für Klinische chirurgie CXX N° 2. 21 Juillet 1922. Influence du mode de suture sur la guérison des plaies opératoires de l'estomac. Ulcère peptique.

Garland Walls. — New-Orléans Medical and Surgical Journal LXXIX N° 1. Juillet 1926. Etiologie de l'ulcère peptique.

Gamett Wright. — British Medical Journal, 7 Octobre 1922. Traitement chirurgical des ulcus gastro-jéjunaux et jéjunaux.

Gamet Wright. — Journal de chirurgie t. 15 p. 314.

Gamet Wright. — Journal of Surgery t. VI, N° 25. Janvier 1919. Ulcérations secondaires jéjunales et gastro jéjunales.

Gelas. — Revue de chirurgie, XL, N° 12. 1921. Considérations sur l'ulcus gastro-jéjunal après gastro-entérostomie.

Gelas. — Thèse de Lyon 1922.

Gœdseels. — Le Scalpel, LXXVII N° 35. 30 Août 1924. L'ulcère peptique jéjunal.

Gosset. — Revue de Chirurgie, Paris 1906, p. 54 et 290.

Gordon Heyd. — The American Journal of Surgery, t. I, N° 4. Octobre 1926. Jéjunostomie.

Guillaume et Haralambidis. — Bulletin Médical 1923, N° 6. Ulcère peptique post-opératoire jéjunal.

Gussio. — Annali Italiani di chirurgia. 30 Mai 1923 et 20 Juin 1923. Sécrétion gastrique dans ses rapports avec la pathogénie de l'ulcus jéjunal.

Gussio. — Il Policlinico XXXI, N°8. 15 Août 1924 5 nouveaux cas d'ulcus jéjunal secondaire.

Gussio. — Il Policlinico XXXI, N° 9. 15 Septembre 1924. L'ulcus jéjunal secondaire.

Gussio. — Il Policlinico XXXII, 15 Novembre 1925.

Gussio. Il Policlinico XXXIII, 15 Février 1926.

Gussio. — Il Policlinico XXXIII, 15 Mars 1926.

Gussio. — Archivo Italiano di chirurgia XV, f. 3. Mars 1926. Pathogénie, ulcus jéjunal secondaire.

Gutmann. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 8 Novembre 1926.

Diverses lésions de bouches de gastro-entérostomie.

Gutmann et Jahiel. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition t. XVII N° 10. Décembre 1927. Diagnostic clinique et radiologique de l'ulcus peptique post-opératoire.

Haben. — Archives internationales de médecine, t. 35, p.457. L'infection locale dans l'ulcus peptique.

Haben et Bohan. — Journal of American médical Association LXXXIV N° 6. 7 Février 1925. L'infection locale dans l'ulcus peptique.

Haberer. — Archiv für Klinische chirurgie CXL. 6 Mai 1926. L'ulcère peptique du jéjunum.

Haberer. — Archiv für Klinische chirurgie CXXI, f. 1. 14 Décembre 1922. Existe-t-il une méthode pour prevenir toute récidive d'ulcère ou un ulcère peptique du jéjunum.

Haberer. — Archiv für Klinische chirurgie CXVIII, f. 1. 17 Octobre 1921. Rôle du pylore dans la production de l'ulcus peptique du jéjunum.

Von Haberer. — Deutsch Zeitschrift für chirurgie, 1922. t. CLXXII, f. 1. L'ulcère peptique du jéjunum et son traitement clinique

Von Haberer. — Archiv für Klinische chirurgie, t. CXLVI, f. 4. 12 Juillet 1927. Résection «pour exclusion» et ulcus jéjunal récidivant.

Von Haberer. — Archiv für Klinische chirurgie, t. CXI, f. 4. 13 Mai 1922. L'ulcus peptique du jéjunum d'après des observations anciennes et récentes.

Heidbreder. — Archiv für Klinische chirurgie. Recherches chimiques et histologiques sur la question des ulcus peptiques jéjunaux dans la gastro-entérostomie antérieure pour anastomose à la Braun.

Heinatz. — Zentralblatt für chirurgie,LV N°9. 3 Mars 1928.

Hilarowicz. — Zentralblatt LI, N° 9. 1er Mars 1921. Rôle joué par les fils de soie dans la production de l'ulcère peptique post-opératoire.

Hilarowicz. — Polska Gazeta Lekarska III, N° 25. 1924. Fils de soie et production de l'ulcère peptique.

Hilarowicz. — Polski Przeglad chirurgiczni III. N° 2. 1924. Etude expérimentale sur la production post-opératoire de l'ulcus peptique du jéjunum.

Hoguet et Cole. — Surgery, Gynécology and Obstetrics XXXV, N° 1. Juillet 1922. Ulcus marginal survenu après opération de Polya modifiée.

Holzweissig. — Zentralblatt XLIX, N° 24. 7 Juin 1922. Formation de l'ulcus peptique au niveau du jéjunum.

Hutten. — Brun's beiträge Zur Klinischen chirurgie CXXX, f. 1. 1923. Contribution expérimentale à l'étiologie de l'ulcère peptique du jéjunum.

Jahiel. — Thèse de Paris 1927. Rythme des douleurs épigastriques.

Jenckel et Schüppel. — Journal Médical de Paris XLIV, N° 43. 24 Octobre 1925 et Deutsche Zeitschrift für chirurgie CLXXIX, f. 1. Avril 1923, sur l'ulcus peptique.

Jiann. Archives provinciales de chirurgie, t. XIX. Mai 1910 Indications de l'exclusion du pylore.

Jonnesco. — XXe Congrès français de chirurgie 1907, sur l'exclusion du pylore.

Judd. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. 1921. p. 120. L'ulcus gastro-jéjunal et l'ulcus jéjunal.

Kelling. — Archiv für Klinische chirurgie, CXVIII, f. 1. 17 Octobre 1921. L'exclusion du pylore et l'ulcus peptique du jéjunum.

Keppich. — Zentralblatt für chirurgie, 29 Janvier 1921. sur l'ulcus peptique après exclusion du pylore.

Knappenberger. — Journal of Missouri State Médical Association (St-Louis) sur l'ulcus peptique.

Koch. — Zentralblatt, LIV. 19 Mars 1927. Sur la résection palliative dans l'ulcus peptique du jéjunum.

Koennecke et Jungermann. — Archiv für Klinische chirurgie CXXIV, f. 2. 30 Avril 1923. Contribution à la clinique et à l'étiologie de l'ulcus peptique.

Koppenstein. — Deutsche Medizinische Wochenschrift, LII, N° 48. 26 Novembre 1926. Radio-diagnostic de l'ulcus jéjunal post-opératoire.

Kostitch. — Srbski arkiv za celokupno lekarstvo, t. III. Mars 1927. En cas d'ulcère de l'estomac, faut-il faire une gastro-entérostomie ou une résection.

Kreuter. — Zentralblatt LI, 15 Mars 1914, sur la résection palliative du pylore et de l'antre dans l'ulcus peptique du jéjunum.

Kummel. — Zentralblatt 1920, p. 223. L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie.

Kummer. — Archives des maladies de l'appariel digestif et de la nutrition, t. XIV, N° 5. Mai 1924. Résultats éloignés du traitement chirurgical de l'ulcus de la petite courbure.

Kuns. — Archiv für Klinische chirurgie, CXL. 6 Mai 1926. Ulcère gastro-duodénal perforé et ulcère peptique jéjunal perforé.

Labey. — Gazette des Hôpitaux N° 33. 1926.

Lagoutte. — Lyon Chirurgical, 31 Janvier 1921. 2 observations d'ulcus peptique jéjunal.

Lagoutte. — Lyon Chirurgical, 18 Décembre 1924. 2 cas d'ulcus peptique avec fistule colique.

Lagoutte. — Lyon Chirurgical, 8 Janvier 1925. De l'ulcus peptique.

Laine. — Thèse de Lyon 1927. Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcus gastro-duodénaux.

Larget. — Thèse de Paris 1924. Traitement chirurgical des ulcus chroniques non perforés du duodénum.

Larrieu. — Thèse Toulouse 1924.

Lauwers et Proust. — Société nationale de chirurgie. 25 Novembre 1925. 7 cas de jéjuno-gastrostomie.

Legrand. — Surgery, Gynécology and Obstetrics, Novembre 1922.

Leplat. — Presse Médicale, 21 Juillet 1928. L'ulcère peptique du jéjunum.

Leriche. — Lyon Chirurgical, 12 Mai 1927. A propos de 9 cas d'ulcus peptique sur la bouche de gastro-entérostomie.

Leriche. — Lyon Chirurgical, 10 Décembre 1926. L'ulcère peptique gastro-jéjunal après gastro-entérostomie pour ulcère

Leriche et Bressot. — Lyon Chirurgical, Octobre 1911. Exclusion du duodénum et exclusion du pylore.

Leveuf. — Revue de chirurgie. Février 1927. Perforation en péritoine libre des ulcus post-opératoires du jéjunum.

Leveuf. — Paris chirurgical, 14 Avril 1926. Perforation d'un ulcus jéjunal.

Leveuf et Roux-Berger. — Paris Chirurgical, 14 Avril 1926. Perforation en péritoine libre des ulcus jéjunaux après gastro-entérostomie.

Lewinsohn. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, XL. Fréquence des ulcus gastro-jéjunaux.

Lewinsohn. — Journal of American Medical Association, LXXVII. 6 Août 1921. L'ulcus gastrique et jéjunal.

Lewinsohn. — Annals of Surgery, Octobre 1923. Résection de l'estomac pour ulcus gastrique ou duodénal chronique.

Lewinsohn. — Journal of American Medical Association, LXXXIX, N° 20. Novembre 1927, et Journal de Chirurgie, Mai 1928. La gastrectomie partielle comparée à la gastro-entérostomie.

Lœwy. — Thèse de Paris, 1921. Fistules jéjuno-coliques, par ulcus perforant, après gastro-entérostomie.

Lorenz et Schuz. — Weiner Medizinische Wochenschrift, LXXI, N° 49. 1921. Résultats de la résection de l'antre pylorique.

Maïer. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie, CLXXII, f. 14. Juillet 1922. Les inconvénients de la gastro-entérostomie pour ulcère.

Mann et Williamson. — Annals of Surgery LXXVII, N° 4. Avril 1923. Production expérimentale de l'ulcus peptique.

Marmol. — Révista Medica Cubana, XXXIV, N° 9. Septembre 1923. 2 cas d'ulcus secondaire: 1° perforation; 2° fistule gastro-jéjuno-colique.

Mayo. — Medical Record New-York, 1922. p. 993. Fistules gastro-jéjunales après gastro-entérostomie.

Mayo. — Journal of American Medical Association LXXIX, N° 1. Juillet 1922. Progrès réalisés dans le traitement de l'ulcus peptique.

Métraux. — Revue Médicale de la Suisse romande, 1920, t. XL, N° 9. Résultats éloignés de la gastro-entérostomie simple dans les ulcères de l'estomac et du duodénum.

Meunier. — Presse Médicale N° 54. 6 Juillet 1921. L'ulcus jéjunal post-opératoire.

Meyer, Brams et Graves. — Annals of Surgery, LXXXI, N° 6. Juin 1925. Résultats éloignés du traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac.

Michaelson. — Acta Chirurgica Scandinavica, LIX, f. 2. 20 Mai 1925. Cas d'ulcus peptique jéjunal post-opératoire chez les enfants.

Mill Renton. — Glasgow Medical Journal, XVIII, N° 6. Décembre 1923. Relations entre l'ulcus peptique jéjunal et l'emploi de la suture non résorbable.

Monsarrat. — British Medical Journal, 8 Avril 1922, sur l'ulcus peptique.

Montgomery. — Arch. of Surgery VI, N° I. Janvier 1923. Etude expérimentale sur l'ulcus gastro-jéjunal.

Montprofit. — Congrès International de chirurgie de Bruxelles, 1905. Traitement chirurgical des affections bénignes de l'estomac.

Naegeli. — Zentralblatt, LI, N° 15. 12 Avril 1924. Pathogénie de l'ulcus peptique jéjunal.

Negroni. — La Clinica chirurgica III, f. 8. Août 1927. Données statistiques sur les cas de péritonite par perforation d'ulcus gastro-jéjunal opérés de 1924 à 1926.

Noble Wiley Jones. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, XLII, N° 5. Mai 1926. Résultats éloignés du traitement médical de l'ulcus peptique.

Nœver. — Le Scalpel, LXXVII, N° 10. 8 Mars 1924. Etude des fistules jéjuno-coliques par ulcus peptiques post-opératoires du jéjunum.

Novarro. — Anales de la Facultad de Médecina, IX, N° 6. Juin 1924. Traitement de l'ulcus peptique après gastro-entérostomie.

Nystroem et Socderberg. — Zentralblatt für Klinische chirurgie, LV. 4 Février 1928. L'ulcus peptique jéjunal après résection.

Oberthür. — Thèse de Paris 1926. La gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Okinczyc. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie Juin 1927. Perforation d'un ulcus peptique du jéjunum en péritoine libre. Présentation d'une pièce opératoire.

Okinczyc. — 37e Congrès français de chirurgie, Paris. Octobre 1928. Résultats éloignés du traitement de l'ulcus duodénal.

Orator. — Virchow's archiv für parthogische anatomie und physiologie und für Klinische Médizin, CCLX, f. 3. Avril 1925. Pathogénie gastrique.

1° Ulcus gastro-duodénal.

2° Ulcus jéjunal post-opératoire.

Orator. — Virchow's archiv für pathologische anatomie und physiologie und für Klinische chirurgie. Mars 1927. L'ulcus peptique post-opératoire, recherches histologiques.

Palagyay. — Deutsch Zeitschrift, CLXXXI, f. 1-2. 1923. Radio-diagnostic de l'ulcus peptique jéjunal.

Pamperl et Schwartz. — Brun's Beiträge Zur Klinischen chirurgie, CXL, N° 2. 1927. Résultats du traitement opératoire de l'ulcus de l'estomac et du duodénum.

Pauchet. — Paris Chirurgical en Décembre 1925. La gastro-entérostomie simple est souvent insuffisante pour guérir l'ulcère duodénal.

Pauchet. — XXXVe Congrès de Chirurgie de Paris. 9 Octobre 1926. L'ulcus jéjunal post-opératoire.

Pauchet. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, XLI. Décembre 1925. 1 millier d'opérations pour ulcus gastrique et duodénal.

Pauchet. — Paris Chirurgical en Mars 1922. Sur l'ulcus jéjunal.

Pauchet. — Paris Chirurgical, 20 Avril 1923. Instillation jéjunale post-opératoire chez les cachectiques.

Pauchet. — Journal de Médecine de Paris, 20 Septembre 1920. L'ulcus peptique.

Pauchet. — Annales de la Société des Chirurgiens, 1922. Ulcus jéjunal et cancer du côlon gauche; résection en deux temps.

Pauchet. — Courrier Médical, 76me Année, N° 20. Traitement chirurgical des ulcères hémorragiques gastriques, duodénaux et jéjunaux.

Pauchet. — Paris Chirurgical, 17 Février 1922. L'ulcus jéjunal.

Pauchet. — La Clinique. Octobre 1928. Que faire aux anciens gastro-entérostomisés?

Pauchet et de Butler d'Ormond. — Journal de Médecine de Paris, XLIV, N° 24. 13 Juin 1925. L'ulcère peptique jéjunal post-opératoire.

Permann. — Acta Chirurgica Scandinavica, (Stockolm). Mai 1927. Acidité gastrique après gastro-entérostomie et après résection.

Petren. — Brun's Beiträge Zur Klinischen chirurgie, LXXVI, f. 2. Novembre 1911. Résultats du traitement chirurgical de l'ulcus gastrique et duodénal non perforés.

Picot. — Société de Chirurgie de Paris, Mars 1928. L'ulcus peptique après gastro-entérostomie pour ulcère perforé. Gastrectomie étendue. Guérison.

Picot. — Société Nationale de Chirurgie, 14 Mars 1928. L'ulcère peptique perforé.

Pitcher. — Médical Journal of Australia, XIII, Vol. I, N° 21. 22 Mai 1926. Quelques remarques sur l'ulcus peptique et son traitement médical.

Popow. — Archiv für Klinische chirurgie, CXLIV, f. 3 et 4. 11 Avril 1927. L'ulcère peptique post-opératoire du grêle.

Proctor. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, XLI, N° 1. Juillet 1925. L'ulcère peptique chronique chez des enfants.

Quénu. — Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1902, p. 250. Sur l'ulcère peptique.

De Quervain. — Schweiz Médizinische Wochenschrift. 13 Juin 1921. Résultats du traitement opératoire de l'ulcus gastro-duodénal.

Riess. — Zentralblatt für Klinische chirurgie, LIII, N° 48. Novembre 1926. Les échecs après les opérations d'ulcus.

Roeder. — Annals of Surgery, III N° 3. Novembre 1921. Relations entre l'ulcus gastro-jéjunal et la technique opératoire.

Rotgans. — Nedel. Tijdschr. V. Geneesk. Amsterdam, 1909, p. 1.388. L'ulcus peptique jéjunal après gastro-entérostomie.

Rowsing. — Norsk Magazin for Lœgewdenskahen, LXXXV, N° 9. Septembre 1924. L'ulcus peptique du jéjunum.

Sawkoff. — Revue de Chirurgie N° 4. 1928. La gastro- entérostomie dans les ulcères de l'estomac et du duodénum (300 observations).

Schwarz. — Zentralblatt, LI, N° 46. 16 Novembre 1924. Traitement opératoire de l'ulcus peptique jéjunal.

Shelton Horsley. — Journal of American Medical Association, LXXVI, N° 6. 5 Février 1921. L'ulcus peptique du jéjunum après gastro-entérostomie.

Schönberger. — Journal de Médecine de Paris, XLIV, N° 47. 21 Novembre 1925. Les fistules gastro-jéjuno-coliques après gastro-entérostomie.

Scott. — The Lancet, CCX, 31 Juillet 1926. Diagnostic radiologique de l'ulcus peptique secondaire.

Serrada. — Information Médicale. 16 Décembre 1926. L'ulcus jéjunal et son traitement.

Silvan. — Archivio Italiano di Chirurgia, VIII, f. 4. Décembre 1925. L'ulcus peptique du jéjunum après exclusion du pylore.

Simnitzky. — Kl. Wochenschrift, V, N° 34. 20 Août 1923. Pathogénie de l'ulcus peptique.

Sokolow. — Archiv für Klinische chirurgie, CXLX, 7 Janvier 1928. L'ulcère peptique jéjunal post-opératoire.

Solàcvilla. — La Médecina Ibera, VII, N° 279. Deux cas d'ulcus gastro-jéjunal.

Sweet, Buckmann, Thomas et Bell. — Archiv of Surgery, VI, N° 3. Mai 1923. Pathogénie de l'ulcus peptique.

Szemzo. — Klinische Wochenschrift, III, N° 27. 1er Juillet 1924. Laparatomie itérative pour ulcus peptique jéjuna survenu 23 ans après gastro-entérostomie.

Talheimer. — Journal de Chirurgie, Octobre 1927, t. XXX. De la gastro-entérostomie.

Tavernier. — Lyon Chirurgical. 15 Mars 1923. Sphacèle du côlon en cas d'ulcus peptique.

Thompson et Stewart. — Bristish Journal of Surgery. Janvier 1928. Un cas remarquable de la tendance à la récidive, d'un ulcus après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal.

Tierny. — Gazette des Hôpitaux, 13 Juin 1928. La résection gastrique en deux temps.

Urrutia. — Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, XVII, N° 4. Avril 1927. L'ulcus peptique jéjunal post-opératoire en Espagne.

Urrutia. — Cronica Médica (Pérou), XL, N° 724. Octobre 1924. Traitement de l'ulcus jéjunal après gastro-entérostomie.

Verbrugge. — Le Scalpel, LXXIX, N° 20. 15 Mai 1926. Fistules jéjuno-coliques.

Verbrugge. — Annals of Surgery, N° 5. Novembre 1925. Fistules jéjuno-coliques.

Ware. — Annals of Surgery, LXXII, N° 5. Novembre 1920. Fistules jéjuno-coliques.

Willusky. — New-York Médical Journal, CXV, N° 11. 7 Juin 1922. Causes et prophylaxie de l'ulcus gastro-jéjunal et jéjunal.

Winkelbauer. — Archiv für Klinische chirurgie, CXL. 6 Mars 1926. L'ulcus peptique jéjunal post-opératoire.

Winkelbauer et Starhinger. — Archiv für Klinische chirurgie, CXL. 6 Mars 1926. Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'ulcus peptique jéjunale post-opératoire.

Wollsey. — Surgery, Clinic of North America, t. 3, N° 3. 1923. Causes, diagnostic et traitement de l'ulcus gastro-jéjunal et jéjunal.

Zipper. — Archiv für Klinische chirurgie, CXXXI. 23 Septembre 1924. Contribution à l'étude de l'ulcus peptique jéjunal après gastro-entérostomie.

Zœpper. — Médizinische Klinick, XIX, N° 8. 25 Février 1923. Diagnostic de l'ulcus peptique.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Aperçu Historique	15
Anatomie Pathologique	19
Etiologie	23
Observations	41
Observation 1	41
Observation 2	43
Observation 3	45
Observation 4	47
Observation 5	48
Observation 6	50
Observation 7	51
Observation 8	52
Observation 9	54
Observation 10	55
Observation 11	58
Observation 12	58
Observation 13	59
Observation 14	61
Observation 15	62
Observation 16	65

Observation 17 66
Observation 18 68
Observation 19 70
Observation 20 73
Observation 21 77
Radiographie 81
Observation 22 83
Etude Clinique 87
Complications 103
Diagnostic 111
Pronostic 115
Traitement 119
Conclusions 141
Bibliographie 145
Table des Matières 165

AIRE-SUR-LA-LYS. IMPRIMERIE J. MORDACQ
— 1929 —